mon-(-24-08-3703

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)					Koshika
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/09		APPLICATION DATE	9/24	Building black of life
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Rajero	ln 9	AGE-YEARS 389		
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्भ का नाम	ME: √lo	thu lal			MATERIAL PROPERTY
		PRESENT RESIDENCE ADDRESS		v)	AND REPORT OF THE PARTY OF THE
Kast	ehana	, Million , po	wayleh,	Vocwayan	1200
Sheehoforhard	w, U	tton Poladesh-	A42407		Prele Poss
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	े कार्याः अवस्थि पता के कार्याः		
OCCUPATION:	umer			MARRIED (STATE	ল) / UNMARRIED (জবিবাহিন)
च्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय		000/.		(Attach Proof of (आय का साक्य	Income)
PAN No. स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है	X ASSESSEE ( (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स. पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हां / नही		
		FAI	MILY DETAILS परिवार		
Sr. No. कम संख्या	Na VI	me of Family Member खार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick whiche	iver is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे ग्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाया प्रति संसरन क	उपभोक्ता कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
(प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति	संसरन करे।		W 120000 WINNING	MAIN DAIL SHIPE SAME	
		सहायता हेतु f	REQUESTING ASSISTA किये गये विनती का उर्दे	श्य:	
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पवाल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेशन सुची संलगन				
क्रम संख्या	Diagnosis RF - Servic Cataract				
		12.19	1F =	Senile 1	Outrora ct
7.	Stil	1984 RE	SICS (4)	ith Pr	ing los Cant
	- 63807	y vil		100	
		ASSISTANCE BEING AVAILED	CAME POURDOCCE	from OTHER SOLIR	CES
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उप्देश्य के हेतू कोई अ	य सहायता किसी अन्य स	श्रोत से लिया गया हो।	?
Sr. No.	NAME of OTHER SOU			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली. गई. सहायता राशी	
ऋग संख्या		DB13			200/.

## DECLARATION by APPLICANT: आवंदक द्वारा घोषणा पत्र:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & origoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement. In part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) में घोषण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रथा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहावता शांत "कोशिका फाउन्टेशन", में ली जा स्त्री है, उस्का उपयोग उसी उद्देश्य की धूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रक्रप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, इस गाँश का अग्रिक था सकत हिस्सा किसी अन्य प्रोतानियोजकाबीमा कप्पनी से न तो लिया है और न ही प्रतिष्य में लिया।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to userpublish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रयत्त पर अपने इन्ताक्षर या अंगठे की साथ लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एसं "कांशिका काटंडेशन और उत्तकं न्यानीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवरण इस प्रथत में चांचित है, उसे "कांशिका" एकम् न्यानी, दान, याचना/सा दूसरे उत्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रशत का विवरण मेरे इलाव के फहले या बाद में करने के लिए "कांशिका काठडेंमन" व न्यानी अधिकृत है।
- 2) मैं (आनंदक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और निवरण जो कि स्कायता को उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे नवत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासिकों का निर्णय ऑतम और अध्यक्तिरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आपेटक के इस्टासर या अंगूटे का निकान

7175

## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल इस करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are
requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted
by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This
confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
 The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की और से व्यमकेरीमी को "कोशिका काउन्हेशन" से वितिय सहस्यता हेंतु सिम्बारिश की वाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से गान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) का कि न तो वर्तमान और न ही चीवध्य में बितिय सहायका किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य रखेता से उक्त ग्रंगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" में लिकारिश/बिनीत उक्त के सन्वय में "कोशिका फाउन्देशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" इस सहायका दिनीत आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य में स्वाधिक प्रतास के स्वाधिक स्वाधिक
- 2. "कॉशिका पाउन्टेशन" से ली गई सहायता केयल चितिप प्रकृति को है। ऐंगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का लुनाय रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगो एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई पूर्यका या जिम्मेदारी इस यामले में नहीं होगी।

		IENDED FOR ACCEPTENCE ती के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑप्टरेशन को सारीख 6 ( ०९ ०९ ४	Dr MAZHAR N. N. B. B. S. C. S. F. (Namborova Regions 3 in) S. Sinest at 114 a statist at 15a.	ICO Dr. Shroff's-Charity Eye (Name Designation & Stump of Authorised Signatory (Name Designation & Stump of Authorised Signatory		
	FOR INTERNAL USE of K	OSHIKA FOUNDATION अवनरिक उपयोग हेत्		
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तावर 2		
(5	efergel	lie 1 E		