APPI	CE	(Health (स्वास्थय			Koshika				
APPLICATION No. : आवेदन संसम्मा :	A/0821	1/0574	APPLIC आवेदन	ATION DATE । तिथी	4-6	B-24	Building	p block of life.	
NAME of APPLICANT	:		The second second	GE-YEARS ST	पु-थर्ग	SEX firm	-	Elect.	
Med Lal meen				4 56		M	17/200	FO I	
ATHER S/SPOUSE'S ख/कदुम्प का नाम	NAME:	ROM IG M.	eehq	es suserella voe	_		1	MARIE	
ullage- Fa	tellpur,	Tehr Alwa	m, 5	IST A	142	42		200	
200		1014/3					Preop	PostoP	
	PE	RMANENT RESIDENCE ADD		आवासीय पता					
		As 961	ove				1		
CCUPATION:	grmer				M	RRIED (विवाहि	तरित) / UNMARRIED (अधिवाहित)		
OTAL ANNUAL INCO	ME: 5000	2010			(A	ttach Proof of आय का साक्य	Income) संलग्न) NA		
AN No. स्थाई खाता सं	व्या ०	260							
RE YOU AN INCOME या आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE (है (जो मान्य हो उर	Fick whichever is applicable) प्रपरसही का निशान लगाये।):	Yes Mic हां स	n)				
				ETAIL5 परिवार					
Sr. No. क्रम संस्पा	Nar परि	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उग्न (वर्ष)		Gender लिंग	Relation with Applicant आधेरक के साथ सम्बंध		
(1)	Virma		3	58		f	wife		
(2)									
		BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये	IG ASSISTAN	CE (Tick which	ever is	applicable)			
BPL Card EWS Certificat (Attach Card Copy) (Attach Certificate गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण		EWS Certificate (Attach Certificate Co अस्य आय वर्ग प्रमाण (प्रयाग यत्र की समा प्रति सं	opy)	Ratior (Attach তথ্যক		apy) हार्ड	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य		
				ESTING ASSIST					
Sr. No.		110140	100.00		01000	s Attached			
क्रम संख्या									
	Suggross RE- Sente ataract								
	CE-Senie Outenach								
	- VALUE VIEW TO A VALUE OF THE PARTY OF THE								
	SUMMENY - LE- PHATO WITH PMME								
	0	· Halifita		197	ii u	UNIT EW	Call Call		
		ASSISTANCE BEING AVA इस उद्देश्य के हेतु क	ALED for SAN	IE "PURPOSE" ता किसी अन्य र	from C	THER SOURCE	ES		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्कीत का नाम						of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायवा राशों		
	NA								
	1000								

DECLARATION by APPLICANT: अस्पेरक 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 & ongoing 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) मैं घोषणा करत हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के लनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाथ चाया जाता है तो मेरी सहावात निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो स्वरम्या गरिंग "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अर्थशिक या सकल शिवस किसी अन्य छोट/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 use/publish/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 प्रयत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे को साथ लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाठंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृद करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में फोषित है, उसे "कांशिका" एकम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, फांत और विकाण जो कि सतामता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहामता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्तावर या अंगुठे का निशान

- 3mt Calin

AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमशाल द्वारा 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:

1) 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.
2) 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.

हमारं अधिकृत, इरताक्षरों की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्होशन" से जितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्मताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ले वर्तमान और न ही प्रविष्य में नितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उस्स रोगी/मामले में लोगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" होए महा किसी अन्य सहायता विनति आशिक/सकल हेंद्र मन्यूर नहीं किया नाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्रोधत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/फायले हेंद्र किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्देशन" से ली गई सहावता कंत्रल बितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सल्बह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगों और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR A	CCEPTENCE tiegfit			
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	RECOMMENDED FOR A स्वीकृती के लिए Mond. Rameez Rezalagal के लिए M.B.S. M.S. Ophthalmology FICO (UK) (Name of Dr. Swich Russian) Research की नाम व हस्ताकर व राजि न	YOGESH YADAV Assistant Administrator Dr. Shame Scientific Stand of Authorised Signatory ALWAR (रिश्वेन्द्रोत अधिकृत अधिकारी			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOU	NDATION आन्तरिक उपयोग हेतू			
	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताधर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तासर 2			
(Soferegel	lite.			