APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमान)							Koshika		
APPLICATION No. : आसंदन संख्या :	A 0824	0575	APPLI आवेदन	CATION DATE : तिथी	7-08	3-14	Building b	lock of life.	
NAME of APPLICANT:				AGE-YEARS अपु-प		SEX fift	1000	ALC: NO	
आवेदक का गाम Jaybai meeng				68		F		-	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: Ramla	1 meens						-	
village - 1	chappur,	Teh A LOGY	RESS diff	तन आवासीय पता 01.51 + 147	Was	~	The second	- (March) 4	
Ra	rigthan- 30	014/3					Preof	Pastop	
	PERM	ANENT RESIDENCE ADDR	sess: tu	इ आकासाय पता			(1.13),77(3.1)		
						1-	1		
OCCUPATION : अम्बसाय					ষ্ঠ / UNMARRIED (পৰিবাচিত্ৰ)				
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आप	50	mon Ch	(Him)		(A	ttach Proof of आय का साक्ष्य	income) संलान) NA		
PAN No. स्थाई स्त्राता स ARE YOU AN INCOME स्या आप आप कर दोता	TAX ASSESSEE (Tick	whichever is applicable): र सही का निशान लगाये।		Yes / No	fi)				
				DETAILS परिवार					
Sr. No. ऋम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		A	Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender सिंग	Relation with Applicant आयेदक के साथ सम्बंध		
(1)	umcdi			60		77	Son		
(2)	verma			58		f	Daughte	in Jaw	
(3)	(3) Lokesh			28		η	Grand	Son	
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये f			ever is	applicable)			
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्			1	Ration Card (Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड ते। (प्रमाण पत्र भी शाया प्रति संतरण करे।			Any Other Basis/Proof अन्य कोई साल्य		
	-		The Part of the Pa	ESTING ASSIST में विनती का उद्दे	200000			7.1	
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुधी संसान						1			
	1) 199 nosis RE - Senie Cetaract								
	20	1F		enle	a	terra CF	5		
	Vindar Bo	1907							
	Surjey	PE-	200	(1)2/17	Pr	nnn	odger		
	0	VIA-			UNC	GPE W	t made		
	-	ASSISTANCE BEING AVAIL	LED for SA	ME "PURPOSE"	from C	THER SOURCE	ES		
Sr. No.		इस उद्देश्य के हेतू को NAME of OTHER SO	OURCE	वता १६सी अन्य ३	वात स		of ASSISTANCE BEIN	G AVAILED	
क्रम संख्या	अन्य स्थोत का नाम						ली गई सहावता राशी	-	
	1.770								
					-				

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा फीमणा 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.
- 3) 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.
- मैं योषणा करता हैं कि इस प्रक्रम में रिये गये सभी विवस्ण मेरी जानकारी के अनुसार सस्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवस्ण एवं कथन अस्तर्य पाया जाता है तो मेरी सहावता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतू यह प्रार्थना की गई है, उस ताश का आंतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोल/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न डी पविष्य में श्रीताः

AGREEMENT by APPLICANT (आसंदर्भ क्राए 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 प्रत्य पर जपने इस्ताधर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में सोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याधना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रतारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहस्रता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय और वाष्मकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्तावर या अंग्डे का निजान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताल द्वार 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 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 ओर से मामलेशोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उनत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिपारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा समायता किसी अन्य समायता किसी अन्य सम्बंध मा किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्देशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा थी गई सलाह था किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रवास नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विस्मेशारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिस्मे**ड्स**रेंड्स सामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए					
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/8/24	Dr. Mohd. Rameez Reza M.B.B.S. M.S. Ophthalmology (Name of Dr. Sprey Nouvith Stamp)	YOGESH YADAV Assistant Administrator D(NBM क्रिक्श क्र क्रिक्श क्रिक्श क्रिक्श क्रिक्श क्रिक्श क्रिक्श क्रिक्श क्रिक्				
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOU	INDATION व्यन्तरिक उपयोग हेत्				
	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताचर 2				
(Safangal	ex 1				