APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्थान्यप देखपाल)					Koshika	
APPLICATION No.:	mount	. 161	APPLICATION DATE	12/2/	Building black of life.	
NAME of APPLICANT :	himm		AGE-YEARS	म (24) सप्-वर्ष sex स्तिप	(A)	
FATHER'S/SPOUSE'S NAI	and the same of th	Pajann	9	1.7		
ingadige Wiki Tura	Je DOG	SENTRESIDENCE ADDI LOCALLIC LOCALLIC LOCALLICE ADDI NENTRESIDENCE ADDI	eess anus maning a geore ma Tumbers	Kun natut		
				-	Por of Post of other Thinnum	
OCCUPATION: HOME MULE MARRIED (Parties					O FEST Thinnum () / UNMARRIED (SETUTOR)	
TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of I কুল বার্থিক প্রায						
PAN No. THE THE HEAT	LARGERT (T					
ARE YOU AN INCOME TAX ृद आप आयं कर दोता है (जो मान्य हो उस पर	सती का निशान लगाये।	Yes / /	111		
Sr. No.	Name of	Name of Family Member		R State	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)	रिलंग	आवेदक के साथ सम्बंध	
					7 1	
					-	
		BASIS for REQUESTING संसापता के लिये वि	ASSISTANCE (Tick which	hever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संशान करे।			y) (A	tation Card tit of Copy) रगोज्या कार्ट में सन्दर्भाव प्रति मंतरण करे।	Any Other Basis/Proof or-a mili supa	
			for REQUESTING ASSIS			
Sr. No. सम्मानमा	Medical Reports/Prescriptions Attached					
	अस्पताल/डॉक्टर में बारी की गई प्रक्रिकेटन मूची मंत्रुप Diag VUSSS RE CONTROL					
	IF cataract					
	0-13					
107	Singer	u · 11	Cadari	TENT DATE		
	- (7	C Shipping	Thursday Ton	Iluana ()	
	AS	SISTANCE BEING AVAILE	ED for SAME "PURPOSE" अन्य सहायता किस्ते अन्य			
Sr. No.	Sr. No. NAME of OTHER SOUR			AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	080	अन्य स्त्रात का ना		ची गई सहायत राशी 2000 /		
	13400000	/			. 5851	

DECLARATION by APPLICANT: MORE BE THEFT US:

- 1) 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.
- 2) 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 5 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.
- में भीषण करता है कि इस प्रक्रप में दिने गये सभी निकाल मेरी व्यवकारी के अनुसार सन्द वार्त होई निकाल एवं कथन असला गया जाता है तो मेरी खालका निका की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महालत गति "क्रोतिका फाउन्देशन", में तो जा शते हैं, उसका उपयोग तहीं उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया कार्येश, जो इस प्रारंग में बार गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि दिस महापता हेटू यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रांस का असिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्नेतः (निसोधका वीमा कम्पनी हो न तो तिया है और न ही पविष्य में मुँगः)

AGREEMENT by APPLICANT (SOURCE DR WITK)

- 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.
- इस प्रया पर अपने इस्ताक्षर या अंग्रत की क्षण लगाकर, में (असंपक्ष) अपनी सक्ष्मति की पुष्टि करात हैं एवं "कोशिका पार्डडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाग, पत, फोर्ड और वो निवरण इस प्रदत्र में घोषित है, उसे "बोलिया" एवम् नासी, चार, माननात्वा दूसरे उद्देश्य से तुन्नी गतिविधियों और उपसम्बद्धमें में रिस्ट किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसाणि करने में लिए अधिकृत है। में प्रथव का विकास में इत्ताब के पहले वा बाद में काने के लिए "कॉलिका फाउडेंसर" व न्यानी अधिकृत है।
- मैं (आवंदक) इस बात से सहस्ता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकास को क्रिस्टामत के उट्टेंटमों में अधित है मुझे स्वत: स्थामत का इकदार नहीं कराता: इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसची का निर्मय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



AGREEMENT by HOSPITAL (EFFIRIT DIT WITH)

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 one 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 अधिकहर, इस्तकारी को ओर से मामसंपीपी को "कॉलिका फाउन्देशन" से विदिय सहायक हेतु सिफारिश की जाते हैं, जिसे हम (हस्पतारा) निम्न प्रकार में नान्य न स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो गतियन और न ही श्रीयथ में विशिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उकर रोगी/भागले में लेंगे था ले खे हैं, जैसे कि हमने "कोशियर पाउन्देशन" से सिपारिक/विश्वीत प्रका के सम्बन्ध में "कोशिका पाठनोशन" द्वार मदद हेनू कि है। चरि "कोशिका फारनोशन" द्वार सहस्या किमीर सॉशिक/सकल हेनू मन्तुर नहीं किया जारा है तो अस्पताल किसी अन्य गैर प्रारक्षी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से महायता लेने का अधिकार सुरक्षिण रखता है। इस पुष्टि में समय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मगर उसन रोपी/मामले हेंनु किसी कै। सरकारी मंत्रमा या किभी अन्य सामन से च्छी लेगा/लेगी।

2. "कॉरिंगका माजन्येक्टन" से रहे रहे रहे अर्थ सकार केवल वितिष प्रमृति की है। सेनी पर इस्पताल द्वारा दी गई जलाइ या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनन येनी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई रबाध नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी में इलाय मुख्य और आने जाने की आरी विम्मेदारी रोगी एमं हस्पताल को डांगों और "क्रॉलिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस यामले में नहीं होगी।

> RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant or Pages & Refractive

Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shraddha Eye Care Trus.) Name, Designation & Staff of AMNint and Signature.

on behalf of Hospital) नाम व पर हरपताल अधिकृत आधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यमी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यामी प्रमाधाः ?