	n	om- C- 2	4 - U-	061	t	
10000		ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय र		Koshika	
PPLICATION No. : विदेश संख्या :	M/112		PPLICATION DATE:	14129	Building block of title.	
NAME OF APPLICANT: STOREGE BET THE MUND			AGE-YEARS SHE	- वर्ष SEX लिंग		
ATHER'S/SPOUSE'S		ηλανι	1 6)		NO THE RESERVE	
nevado		PRESENT RESIDENCE ADDRESS			PARTE PHOTO HERE	
100000	ter e	radion- 29-1	406		100001	
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	स्याई आवासीय पता			
CCUPATION:				I Harding	/ UNMARRIED (अविदाहित)	
प्रसाय OTAL ANNUAL INCO	ME: Ham			(Attach Proof of In	come)	
ल वार्षिक आय AN No. स्थाई खाता र	35	1000 / punic	Ly	(आय का साध्य सं	तत)	
RE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable): म पर सही का निशान लगाये।	Yes/No हाँ/ नह			
		FAM	LY DETAILS परिवार			
Br. No. क्रम संख्य	Na VÍ	me of Family Member रवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) তম (বর্ম)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के स्थय सम्बंध	
	Ran	n gopay	35	М	son	
		BASIS for REQUESTING ASSIS	STANCE (Tick whiche	ever is applicable)		
8PL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संतरण करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अएर आय वर्ग प्रचाण पत्र (प्रमाण पत्र की वादा प्रति संस्थन करे।	Ration Card (Attach Copy) एवं उपयोक्ता कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
			EQUESTING ASSISTA ये गये विनती का उद्दे			
	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकेदन सुची संलगन					
Sr. No.			भिराद्या का मह प्राववदन सूची सलान सिंह अध्यापका का मह प्राववदन सूची सलान			
Sr. No. क्रम संख्य	Paga				· Cataract	
	Orga				e Cataract	
	Dago		RIE			
	Orga	asis	RJE RJE	send	The state of the s	
	1	asis	RJE RJE	send	Catonac	
	1	asis	RIE RIE	Hy Pau	ma 1805 can	
क्रम संख्य Sr. No.	1	gry FE ST	RIE RIE CS LUI SAME "PURPOSE" HEITER field 3-9 R	from OTHER SOURCE and it from Part and i	ma 1905 can	
क्रम संख्य	&nv.	ASSISTANCE BEING AVAILED TO EH उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	RIE RIE CS LUI SAME "PURPOSE" HEITER field 3-9 R	from OTHER SOURCE and it from Part and i	COLLEGIQUE (

DECLARATION by APPLICANT: आवेशक द्वारा मोगणा 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.
- :) मैं घोषणा करता हैं कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवसण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं रखी है। यदि कोई विवसण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्तर की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता राति "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली जा खी है, उसका उत्थोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेण, जो इस प्रक्रम में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायदा होतु या। प्रार्थनः की गई है, इस राशि का अविशक या सकल हिस्सा किसी अन्य ब्रोत/नियोजक/बीना कम्पनी से न तो लिया है और न ही पश्चिम में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक क्षात 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 प्रयत्त पर अपने इस्ताधार या अपने की छाप लगावार, में (आवेदक) अपनी स्त्रमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कांत्रिका फाउंडेशन और उसके न्यासीमाँ "का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और जो जिल्ला इस प्रयत्न में मोधिक है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, माननात्या दूसने उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार वाध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवाल मेरे इल्लाब के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सदमत हैं कि मेरा त्यम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहापता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय अतिय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हम्ताधर या अंगूठे का निशान

> Rtay bt

AGREEMENT By HOSPITAL (SERIES BID WOT)

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, हस्ताकरी भी ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फरउन्डेशन" से वितिप सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो आंधान और न ही प्रविषय में विशिष सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीट से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, दैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो। सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हाए मदद हेतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हुए सहायता विनित ऑशिक/सकत हेतू मन्बूर नहीं किया जता है तो अस्पताल विनित अंशिक/सकत हेतू मन्बूर नहीं किया जता है तो अस्पताल विनित संख्या था किसी अन्य सम्बाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्विष्ठ रखता है। इस पुष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल हितीय सदद उक्त रोगी/मामले हेतू किसी गैर सरकारी संख्या या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कॉशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाय रोगी एवं हस्पताल के बीच का विश्वय है और "कॉशिका काउन्टेशन" द्वारा कियी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाब सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई पूर्विका या जिम्मेदारी इस मायल में नहीं होगी।

Date of Surgery अपरेशन को जारेख Dr. MAZHAR MATCO Mampa Strain के लिए संस्तृति Deepak स्विता प्रिक्त स्विता प्रिक्त स्विता प्रिक्त स्विता प्रिक्त स्विता प्रिक्त स्विता प्रिक्त प्