MOH- C- 24-11-1693

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल)					Koshika foundation	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/112		PPLICATION DATE : स्थेदन तिथी (३ )	4129-	Building block of life	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Rayon	n?	AGE-YEARS S	पु-पर्ण SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	S NAME:	PRÉSENT RESIDENCE ADDRESS			THE PART OF THE LEAD	
Sandai	one Ho	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वतमान आवासीय पत		BILLIAG DILLE	
	tlan,	PHO do 14 - 261 ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	505 स्यार्ड आवासीय पता		lal AR	
		sam as	abone			
OCCUPATION : व्यवसाय	HAM	maken		MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCO		1000/ family		(Attach Proof of Inc (आय का साध्य संद		
PAN No. स्थाई खाता स ARE YOU AN INCOME	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes/N हां/न			
क्या आप अस्य कर दात	। ह (जा मान्य हा द		ILY DETAILS परिवास			
Sr. No. ऋम संख्य	Ni VI	me of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
	-					
		BASIS for REQUESTING ASSI सहायता के लिये विनति व	STANCE (Tick which	never is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसान करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्वया प्रति संसन्न करे।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड हो। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्ष्य	
			EQUESTING ASSIST ये गये विनती का उद्			
Sr. No. कम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सुची संलग्न				
30% (1970)	Magni			RIE Senile Codaract		
	1	RE serile catarian				
	Sung	eny RIE SZES	យរិអ	Pmng	lens comp	
		8172			***	
	1	ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME PURPOSE	from OTHER SOURCES		
Sr. No.		इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	Dec	DBC S		ली गई सहायता राशी		
	76	•		C1880[		

## DECLARATION by APPLICANT: आवेश्वर द्वारा योगणा 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/cance8ation.
- 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 reimbursiement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं योषण करता है कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सतायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गांत "कोशिका फाउन्देशन", से श्री जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घेरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायत डेतु यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रीश का आंशिक या सकता डिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

## 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 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 प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगर्ट की छाप लगाकर में (आवंदक) अगनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कंशिका पार्डहेशन और उसके न्यासीयों " को ऑफक्त करता हूँ कि मेरा नाम, पार्ट और जो विवास इस प्रयत्न में संबित है, उसे "कंशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचनान्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए ऑफक्त है। मेरे प्रयत्न का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कंशिका फाउड़ेंगन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पात, परंदे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाज्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आबेरक के इस्ताक्षर या अंगुते का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL ( FMINH ( III)

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 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 and updicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

  2) The assistance from the Coshika Foundation is only formed by the Hospital or the charge of the treatment/case from the Hospital or the charge of the treatment/case from the Hospital or the charge of the treatment/case from the Hospital or the charge of the treatment/case from the Hospital or the Hospital or the charge of the treatment/case from the Hospital or th
- 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 ऑधकृत, उस्ताधरी की ओर से मामले/संगी को "कोशिका फाउन्हेंशन" से विविध सहायता होतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।
- 1) यह कि न ते वर्तमान और न हो पविष्य में विशिष सहायता किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से डक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" हो। पिपारिश/विनीत उपत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हाए मदद केंग्न कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हाए सहायदा विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्दूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल कियों अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्याधन से सहायता लेने का अधिकार सुरिश्व रखता है। इस पूष्टि में स्वर्थ कहा जाता है कि अस्पताल हितीय पदद उक्त रोगी/पामले 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 इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाक सुरक्षा और आने वाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की डोगी और "कोशिका" की कोई धृम्मिका या विष्मेदारी इस मामलें में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery
अपरेशन को नारित्र

Date of Surgery
अपरेशन को नारित्र

(Name, Designatory of Dr. Shroff's-Charity Eve Signatory
(Name, Designatory of Shroff's-Charity Eve Shro