mom- c-2+-11-1683

APF		ORM FOR ASSISTANC तू आवेदन प्रारूप	Transfer of the second	hcare) देखभाल)	Koshika		
APPLICATION No. :	N 1122	10840	APPLICATION DATE		Building block of life.		
आवेदन संख्या :		TO GATO	आवेदन शिथी 2	प्र <u>29</u> मुन्वर्ष (SEX लिंग			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	4.15						
i- etteration en anno		wati	69				
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	G!	mti			PALMATI " M. MEUNT		
-	** 1	PRESENT RESIDENCE ADDR	ESS वर्तमान आवासीय प	11	Charles on the Works of the Control		
			oun . MIT	aula, kha	DING PHAN		
Isanager	, Uttan	Preduh - 0	26 1502	1	Britot lestor		
	Р	ERMÁNENT RESIDENCE ADDR	ESS : स्थाई आवासीय पत				
		serie as	CA UN V T				
OCCUPATION:	Han	D2 = l4		IMARRIED (Resile	r) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INC	Homo		w.	(Attach Proof of I			
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थार्थ खाता ।	35	1000/ fane	ly	(आय का साध्य र	प्रसान)		
ARE YOU AN INCOM	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): सर पर सही का निशान लगाये।	Yes / N				
44 MI 384 W. Q.		11 11 Aug 40 1140 41 41	FAMILY DETAILS परिवा				
Sr. No. क्रम संख्या		ime of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उध (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आयेदक के साथ सम्बध		
क्रान संख्या	- 41	(बार का सदस्या का गाम	38 (44)	1664	जानरक के साथ सन्दर्भ		
		BASIS for REQUESTING	ASSISTANCE (Tick which	hever is applicable)			
		सहायता के लिये वि					
BPL C				Ration Card	Any Other		
(Attach Car गरीबी रेखा के ने	(A) (A) (B) (B) (A)	(Attach Certificate Copy) অন্য আয় কৰি মুদ্ৰাৰ বৰ		Attach Copy) प्रभोक्ता कार्ड	Basis/Proof अन्य कोई साध्य		
(प्रमाण पत्र को साथा प्रति संसान करे।		(प्रमाण पत्र की सामा प्रति संतर		ही साया प्रति संसन्न करे।	अन्य काइ सास्य		
		"PURPOSE"	for REQUESTING ASSIS	TANCE:			
		सहायता १	हेतु किये गये विनती का उ	(देश्य:			
Sr. No.							
क्रम संख्य	0)-		स्पताल/डॉक्टर से जारी की	गद प्राववदन सूचा सासन्त			
	Dida	Diagnasis					
	- 0	RIE Serile Cataract					
	1 7						
	2	1 min 2 min					
	SILTIG	GWIGNY RIE SICS WITH PRIMA UNS COMP					
		101					
	0	V					
		ASSISTANCE BEING AVAIL	ED for SAME "PURPOSE	" from OTHER SOURC	ES		
		इस उद्देश्य के हेतू कोई	अन्य सहायता किसी अन्य	स्त्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No.	5 To 1 April 1997 A			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED श्री गई सहायता गरी			
∌म संख्या	108	अन्य स्थोत का नाम			2001		
	12,12	-		4000			

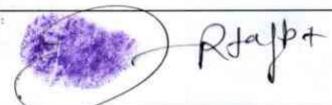
DECLARATION by APPLICANT: SHARE THE THE THE

- 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) में घोषण करता हूं कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार संस्य एवं सबी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असस्य पाया जाता है तो मेरी व्यवस्था निस्न की जा सकती है।
- 2) में द्वारा के सहायता प्रति "कोशिका काउन्देशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्टि काता हैं कि जिस सहायता हेतु या प्रार्थना की गई है, उस शित का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य फ्रोत/नयोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By afforing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to userpublish/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 प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगडे की द्वाप लगाकर, में (आयंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका काउंद्रेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पांटा और जो विवारण इस प्रयत्न में बांचित है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, दान, बावन्त या दूसरे उद्देश्य में जुढ़ी गतिकिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम में प्रसार किसी किसी पता किसी किसी भी प्रसार मध्यम में प्रसार किसी किसी की इलाज के पहले का किसी के लिए "कांशिका फाउन्डेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, परोटों और विवरण जो कि सहायता को उत्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का डकपार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यांसियों का निर्मय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक कें इस्तावर या अंगूर्त का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (प्रमाताल 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 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 मामलेजीयी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिप सहायता हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो धर्ममान और न ही धर्मिया में जितिय सहायता किसी मैंट सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिम्मारिक/विनीत उथत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" इस मदर हेतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" इस सहायता विनित्त आशिक/सकत हेतू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य में स्वायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सतायता कोवल वितिय प्रकृति की है: रोगी पर हस्पताल द्वारा यो गई सलाह या किये गये उपचार-प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कियो प्रकार का कोई रबाव नहीं है। इसल्लिये हस्पताल में रोगी के इल्हाक सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूगिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FO स्वीकृती के रि	and the same and t		
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख 13 [आ24	Dr MAZHAR NIMHAN (Name of Dr. & Rogn. No. with Stamp) U Salet at 114 a senior a fat 4	Deepar Tripathi Administrator (西州の日本市が日本 Chamity Anyonsed Signatory Hospital Similarisasial) MoTRATYTYREE Mine Signatory		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA F	FOUNDATION अरन्तरिक उपयोग हेत्		
SIG	NATURE of TRUSTEE 1 न्यासो हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नवसी हस्ताकर 2		
8	efergel	eit E		