APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखभास)		Koshika	
APPLICATION No.: M 1124 0845			APPLICATION DATE: 4/24		Building block of life.	
NAME OF APPLICANT: SUNDAY Jal			AGE-YEARS STITE-THE SEX FROM		S 20 E	
FATHER'S/SPOUSE' पिता/कटुम्भ का नाम	S NAME : .	PRESENT RESIDENCE ADDRESS			THE SUMPRICAL STREET	
brutinha, Po	at Raig	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	६ वर्तमान,आवासीय पता मृद्धाः		PASTE PHOTOS	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: ROLL SHOTHING THE					Purllet Postet	
	2	ame as	abour			
OCCUPATION: WIGHING TOTAL ANNUAL INCO	fann	LA			त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
कुल वार्षिक आय PAN No. स्याई खाता	30	5/000/		(Attach Proof of ্জাথ কা মাহয		
ARE YOU AN INCOM	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हा / नह			
			MILY DETAILS परितार		•	
Sr. No. क्रम संख्या	N: Ti	me of Family Member रेबार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender रिनेग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
					- 10-2	
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick whiche आधार	ver is applicable)	+	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के तीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की शाया प्रति संसान करे।		EWS Cortificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साया प्रति संसन्त क	(Atta	tion Card ach Copy) तेक्ता कार्ड डाया प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
			REQUESTING ASSISTA किये गये विनती का उद्दे			
Sr. No.		M	edical Reports/Prescr	iptions Attached		
क्रम संख्य	Pigar	अस्पताला डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलापन विभिन्न १९७५ दिन स्थापन किस्ति है।				
	- a	ALE Senile Cataract				
	1-2	MULTINE			4	
	Pm.	SURGORY RE 57C3 WITH PRIMY LENS CAMP				
		0 0				
		ASSISTANCE BEING AVAILED I	for SAME "PURPOSE" य सहायता किसी अन्य स	from OTHER SOURC ब्रोत से लिया गया हो?	EES	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE			THUOMA	of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	
	0130 0			4000		

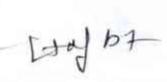
DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 1) में योषण करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सकी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहामता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपधीग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि विस सहापता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस शांश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खेत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविष्य 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 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 अंगर्ट की छाप लगाकर, में (आवेरक) अपने सहयति की पुष्टि करत हैं एवं "कॉरिका पार्वद्रेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पारंग और वो विकास इस प्रयत्न में प्रीति हैं, इसे "कॉरिका" एवम् न्यासी, दान, याचनाऱ्या दूसरे उद्देश्य से जुडी निर्तिविधयों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रयत्न का विकास मेरे इलाज के पहले या कर में करने के लिए, "कॉरिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कियरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का तकपार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांस्थों का निर्णय अतिम और बाव्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेरक के इस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (THINH DIT WOL)

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 को जोर से मामलेशोगों को "कॉरिशका फाउन्टेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारेश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तभान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उका रोगी/मामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन"
से सिकारिक/विवति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" प्राय मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल
किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साथन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्याद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/भापले हेतु किसी
गैर सनकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेग/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायक्ष केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हम्पताल द्वारा दी गई मलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हम्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्होंना" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशाब नहीं है। इसलिये हम्पताल में रोगी के इलाव सुरक्ष और आने जाने की मारी विस्मेदारी रोगी एवं हम्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आपरेशन को जागिय Dr MAZHAR N. KHAN N. B.B. S.M. Steph M. WHAShapp) Dr. Shrongs Charity Eye Hospital Sahad Authorised Signatory on behalf of Hospital I जान व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी अन्तरिकर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी अन्तरिकर प्रयोग रिकारिकर 2