APP	MOM — LICATION FORM FOR सहायता हेतू आवेद	ASSISTANCE	(Healti (स्वास्थय	hcare)		Koshika
PPLICATION No.:	M11124102	004	APPLICATION DATE	les to d		foundation Building block of life.
AME of APPLICANT		y 1 /	AGE-YEARS SI	of the same and the same and the	SEX feft	
aldeen an alle Hos Roni		69		F		
ATHER'S/SPOUSE'S साकटुम्म का नाम	NAME: Babu Ra					D 12/1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Vistaus	PRESENT	RESIDENCE ADDRESS	s वर्तभाग ज्यवासीय पत H २०५० व	e ha	non Elera	**************************************
Utth	ltiadish	~ 94119	4	2013	U L	breat Bits
	PERMANENT I	RESIDENCE ADDRESS	s: स्वाई आवासीय पता	8		
-	720.0		March 1			
CCUPATION:	Home makes			MAR	RIED (विवासित) / UNMARRIED (अविवाहित)
OTAL ANNUAL INCO ल वार्षिक आप	25, DOZ	1 Jam	uly		ch Proof of li	
AN No. स्थाई खाता सं	छया (1	4)	(-0		
LE YOU AN INCOME । आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE (Tick whichev है (जो मान्य हो उस पर सही क	er is applicable): । निशान लगाये।	Yes / Na सर्व / न			
		FA	MILY DETAILS परिवार	(M) and		
Sr. No. क्रम संख्या_	Name of Family परिवार के सदस्य	Member का नाम	Age (Years) उग्न (वर्ष)		nder लंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
0	Kam la	chan	90		M	Som
F-10						
2	+ V		i i			
	-					
	BASIS	for REQUESTING ASS सहायक्षा के लिये विनति	SISTANCE (Tick which	ever is ap	plicable)	
BPL Card EWS Certificate				ation Card		Any Other Basis/Proof
(Attach Card गरीभी रेखा के नीचे		(Attach Certificate Copy) अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र		(Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड		
(प्रमाण पत्र की सामा प्र		व की छाया प्रति संसान क				अन्य कोई साक्ष्य
			REQUESTING ASSIST			1
Sr. No.		Mi	edical Reports/Presc	riptions A		
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलान ,					The Columnia of the Columnia o
	NIE Senile catgratet					
				Me	26	nu zarvace
	Surany RIE SIG With Mr.					ma Itus Cam
	Suranu					, , , , , ,
	sungry	vic 3				
	ASSISTAN	ICE BEING AVAILED 1	for SAME "PURPOSE"			5
Se No.	ASSISTAN	ICE BEING AVAILED 6 इद्देश्य के हेतु कोई अन्य	व सहायता किसी अन्य स		यागयाहो?	
Sr. No. क्रम संख्या	ASSISTAN	ICE BEING AVAILED 1	व सहायता किसी अन्य स	व्योत से लि	यागयाहो?	S ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रशी

DECLARATION by APPLICANT: SHIPE GIT 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 है कि इस प्रकृष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य प्रथा जाता है तो मेरी महायात निरम्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायत एशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि विस सहायता होतु पह प्रार्थना की गई है, इस ग्रांश का आँशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो भविष्य में तुँगा।

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 mame, 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 प्रदेश पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की क्राप लगाका, में (आवंदक) अपनी महामीत की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्रहरून और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पति और जो विकाश इस प्रपन्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विकाश मेरे इलाज के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका कार्यहरून" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा चाप, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के टर्ट्टपों से प्रार्थित है मुझे स्कत: सहायता का हकपार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक्प उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताध्य या अंगुठे का निशान

Rtalpt

AGREEMENT by HO STAL (EMEN SO SEE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending to a cast period for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm a 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, हस्ताक्षरों को ओर से मामलेजोगों को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की वाली है, जिसे हम (हस्यक्षात) निम्म प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो प्रतिमान और न ही भविष्य में वितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान पर किसी अन्य स्वीत से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे पर ते रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से निम्मारिश/विनीत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विश्वति अशिकारकारण हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य मा किसी जन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्थार कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेंशन" से शी गई सहायक केवल विकिप प्रकृति की हैं। रोगी पर इस्पताल द्वारा पी गई सलाह था किये गये उपवाद/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीध का विषय है और "कोशिका पाउन्टेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवाब नहीं हैं। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाक सुरक्षा और आने जाने की सारी किसीदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या किसीदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Administrator Date of Surgery Dr MAZHAR NO Dr. Shroff's-Charity Eye Monarmon Select of Authorised Signatory W.B.B.S.W (Name of Dr. & Redn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रवि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ञान्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 वासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2