APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)						Koshika
APPLICATION No.: M/1124/0063			APPLICAT	ON PATER .	. 100	Building block of life
			आवेदन विश्व	YEARS SIT	1 2 <del>4</del> वर्ष   SEX सिंग	
NAME OF APPLICANT: आवेरक का नाम Nausad Husen			AGE.	CANS ONL	-	
EATHER SERVICES NA	mag W	usen		(2)	M	
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्भ का आम	gyat Hu	seen				
*1 * / * / *	PRES	ENT RESIDENCE ADDRE	SS वर्तमान अ			THE MINIST MEDICAL PROPERTY.
Mohalla	v5gng a	Staken	Tant		19 mbali	HELD AND THE CHANGE
	FILE			967	200	enceot Poster
	PERMAN	Semi O		वासीय पुता ८० V—V		-
		JETTIC CIA	. ar	10.V-X		
OCCUPATION: Page	mos	¥.			MARRIED (Pari	ी वित्र) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आप	32,00	0/-			(Attach Proof o (आय का साक्य	
PAN No. THIS BIRL HEAL ARE YOU AN INCOME TAX	ACCESCES (Tieb unb	Johnson Je navilleskiek		W (4)-		
क्या आप आय कर राता है (	जो मान्य हो उस पर स	ही का निशान लगाये।		Yes / No र्हा / नही		
			FAMILY DETA			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member चरिवार के सदस्यों का नाम		Age (Y उम्र (		Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध
	770		_	-		
	- 25					
1	В	ASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	SSISTANCE (	Tick whichev	er is applicable)	
BPL Card EWS Certificate					on Card	Any Other
(Attach Card Copy) (Attach Certificate गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमा					h Copy) स्वा कार्ड	Basis/Proof
(प्रमाण पत्र को छावा प्रति ।	70.5 (10).	गण पत्र की खाया प्रति संतान	करे। (१			अन्य कोई साध्य
Let-sin a series as a sum a		"PURPOSE" fo	or REQUESTI	AATRIREA DU	ICE:	
			किये गये कि			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या	अस्पताल∤डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलुम्न					
	Dignosis y Sentle Cataract					
	HE SEALLY (at and of					
	LE-Surgery STCS with Pmma dens					
			_	_		
				W-7-4 2-3-4-4		
	ASS	ISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतू कोई व				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE					of ASSISTANCE BEING AVAILED
क्रम संख्या	) Dr C रि				2000	ली गई सहायता राशी
	Little Control				- California	
				-		

### DECLARATION by APPLICANT: असंबंदक द्वारा परिपण 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) मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्तत की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस ग्रांश का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोत-नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिच्य में लुँग।

# 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.
- 1) इस प्रथम पर अपने हस्ताकर या अंगते को साथ तथाकर, मैं (आमंदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्रांतिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटा और जो निवारण इस प्रथम में व्यक्ति हैं, उसे "क्रोंतिका" एवम् न्यासी, दान, वावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतितिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसान माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का क्विटल मेरे इलाज के पहले या कद में करने के लिए "क्रांतिका फाउडेमन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बत में सहमत हूँ कि मेरा नाम, फात, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उप्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आनेदक के हस्ताधर या अंगुठे का निशान



# AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पवाल द्वार 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 not 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 assistance from the patient of the treatment 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 & the Pospital, 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.
इसमें अधिकृत, इस्ताक्षण की और से माम्मदेशी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की अति हम (इस्पताल) निम्म प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न के वर्गमत और न ही पविष्य में विविध स्वापता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य रखेत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिपप्रीत्रा/विविध उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" इस सद्देशन" इस सहायता विविध आणिक/स्कल हेटू मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य पर प्रकार संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सूर्यकार ते। इस पृष्टि में स्वय्य कता है कि अस्पताल दितीय सदद उक्त रोगी/मामले हेटू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल विशिष प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया कर चुनाव रोगी एवं हस्पताल के नीय का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षक नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी किम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सामले में नहीं होगी।

# Date of Surgery आंपरेलन को लिए संस्तुति Deepak Topathi Admittal States Or MAZHAR WHAN (Name of Dr. S. Regist No. With Stamp) (Name of Dr. S. Regist No. With Stamp) (Name of Dr. S. Regist No. With Stamp) (Name of Trusties of Hospital) FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंतिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 2 Suffernal States of Trusties 2