APP		ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	the second second	thcare) । देखपाल)	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/1124	10866 APP	HICATION DATE	10129	Building block of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'	Gayad		AGE-YEARS	SEX Rin		
पिता/कटुम्म का नाम	90	PRESENT RESIDENCE ADDRESS TO	र्वमान आवासीय र	THE STATE OF THE S	PASTE PHI	
Dalippi	Kaus	apun Pun ; 3h	ahjah	aubny	Brust Poster	
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS R	धाई आवासीय पर	п		
OCCUPATION :	Farm	c~			ন) / UNMARRIED (অবিবাহিন)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	301	000		(Attach Proof of (आय का साक्ष्य		
PAN No. RAIF REED T ARE YOU AN INCOME SEE SEE SEE SEE SEE	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर सत्ती का निशान लगाये।	Yes /			
		FAMILY	DETAILS परिव	तर विवरण		
Sr. No. क्रम संख्या	Ni Vi	sme of Family Member रेबार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उग्न (वर्ष)	Gender हिर्म	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
	1					
	_					
		BASIS for REQUESTING ASSISTA		chever is applicable)		
BPI. Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसंपन करे।		सहायता के लिये विनति आध EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रपाण पा (प्रपाण पत्र की झाया प्रति संलन्न करे।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण यत्र की छावा प्रति संलग्न करें।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
		"PURPOSE" for REQ सहायता हेतु किये				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न					
2014 111291	DIOQIDOXIA UE			the state of the s	inile contract	
	HE SENIL COLUMNOS					
	allagery HE SICI coith porting lens cam					
		ASSISTANCE BEING AVAILED for S	AME "PURPOS	E" from OTHER SOURC	CES	
Sr. No.		इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य सह NAME of OTHER SOURCE	ावता किसी अन्य	स्बोत से लिया गया हो?	of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	Dag	अन्य स्त्रीत का नाम		2000/	ली गई सहायता राशी	

## DECLARATION by APPLICANT: आवेटक द्वारा भोषणा 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 भोषणा करता है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा स्त्री है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्ट करता है कि जिस सहायदा हेतू यह प्रार्थन की गई है, उस स्रीत कर आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोव/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँग।

## 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 प्रयत्त पर अपने इस्ताधर या अंग्रंट को छाप लगाकर, में (आवेदक) अचने सहमति को पुष्टि करता हूँ एतं "कंतितका काउंडेशन और उसके न्यसीमाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेग नाम, पता, जांटो और जो जिन्हण इस प्रयत्त में मीधिक है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, वाधनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार वाध्यय से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवनेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेश तम, पता, फोटो और विवरण जो कि सक्षायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेटक के डांसाधार या अंगुले का निश्चन



## AGREEMENT by HOSPITAL ( # HATTER GITL WOT)

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 ओर से नामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की आती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में कितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उन्तर ग्रेगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कॉशिका फाउन्तेशन" से संस्थारिक काउन्तेशन" द्वारा सहायदा विनति ऑशिका/सकल हेंदु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल दिवीय मदद उक्त ग्रेगी/पामले हेंदु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/पामले हेंदु किसी
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की हैं। ऐंगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विशेष हैं और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा कियी प्रकार का कोई दबाब नहीं हैं। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने की खरी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	Dr MAZHAR N HILLANDE FOR	ACCEPTENCE संस्तृति Doopak Thoshi		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr MAZHAMS, FICO M.B.B.S.M.S.FICO 18911 Name of Dr. & Regio No. with Stamp) बाक्टर का नाम व हस्ताका व रहित न	Dr. Shrows Charity Eye (Name, Detamber 2 Starts of Walled Signatory (No bit behalf of Hospital) नम व पर हस्याल अधिकारी		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	UNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्		
SIGN	NATURE of TRUSTEE 1 न्यामी इस्तरका ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2		
(5	fugel	ect		