## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION No. 1 APPLICATION GATE Building block of life. 08 79 आगादन प्राप्त्या : आबंदन लियाँ AGE-YEARS आयु-पार्य SEX THIT NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम W lunna FATHER'S/SPOUSE'S NAME: गिल/बाटुम्म का जान PRESENT RESIDENCE PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 1931 STOTHTU TH OS19. Shivamasit OCCUPATION: MARRIED (Ration) / UNMARRIED (STRATTER) सम्बद्धाः TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (अराप का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाला संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No े अरप अरुप कर दाता है (ओ मान्य हो उस पर सही का निरदन लगाये। श्रां / नश्रो FAMILY DETAILS TRUTT BUTTE Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Relation with Applicant Gender कम् अस्य परिधार के सदस्यों का नाम तम् (वर्ष) **Ser** आवेदक के साथ सम्बंध PACILOXATO 664 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के सियं विनति उत्तथार BPL Card Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Amy Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof नरीबी रेखा के मीच प्रमाण पत्र उपभोक्त कार्ड अस्य अस्य वर्ग प्रयाग पत अन्य कोई सक्त्य (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की बावा प्रति मांसन्द करे। (प्रमाण पत्र को आया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम, संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कम संस्थ श्रन्य प्रयोग का नाम ली भूबं सहायता राष्ट्री

## DECLARATION by APPLICANT: आवेग्स हारा परेणण पर:

- 1) 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
- 3) 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.
- वें घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुमार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विकास एवं कथन समस्य प्रका जाता है तो मेरी मुहायता निरात की का सकती है।
- मेरे द्वार को भारत्यक गति "क्रोशिका फाउन्देशन", में ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की मृति के लिये किया कार्यण, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- में पुष्टि काता है कि निम सवाकत हेतु पर डार्यना को गई है, उस ग्रीत का आंतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोक/नियोवक/बीमा कम्मनी से न तो लिखा है और न ही परिषय में मुँदा।

## AGREEMENT by APPLICANT (SHORE \$10 WITE)

- 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.
- इस प्रथम पर अपने इस्ताधर या अंग्ले को साप लगाकर, मैं (आयेदक) अपनी सक्षमति को चुन्दि करता हूँ एवं "कॉरियका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोरो और जो विकास इस प्रथम में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् नासी, राम, यायनात्मा दूसने उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत का विवारण मेरे इलाज के चाले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेमन" व न्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आतंत्रक) इस बात से प्रहमत हूँ कि मेरा चम, पत, फोटो और विभाग जो कि सतायक को उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायक का हकदार नहीं क्याता इस सम्बंध में "कर्रेशका" एतम् उसके न्यासिखं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

union is normal to might un ferre

## AGREEMENT by HOSPITAL (\$19889 \$13 WIT)

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 Kostika 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, हस्ताक्ष्ये को ओर से पानलंतीयी को "कोशिका फाउन्डेशन" से निविध सहायता हेतु सिकारेश को जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं। पह कि न तो वर्तमान और न ही चरित्रम में विशिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य श्लोत से उकत ऐसी/मामले में लेंने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका पाठ-देशन" से सिकारिक/विजी उस्त के सम्बंध में "कोशिका फार-बेशन" द्वार परद हेतु कि है। यदि "कोशिका फार-बेशन" द्वारा स्वाप्त किनीत आणिक/सकल हेतु मन्तुर जो किया जारा है से आस्तात कियों अन्य में। सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन से सहायता लेने का अधिकार सुरवित रखता है। इस पूष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उका रोगी,पामले हेर्नु किसी गैर सरकारी संस्था क किसी आध्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" में ली नई सहायश केवल बिलिय प्रकृति को है। रोगी पर हम्पतल द्वारा यो गई सल्बत या किये गर्व वपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हम्पताल कं बोध का विषय है और "बोशिका काउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकाव नहीं है। इसलिये हरयातल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने करे की सुन्हें विज्लादारी रोगी एवं हरयातल Ar. Lakshmipathi N को होती और "कोशिका" को कोई चूमिका या जिम्मेरारी इस घागले में भड़ी होगी।

**Date of Surgery** 

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Manager Outreach Institute for Disbetes & Eye Cars (A unit of Shraddha Eye Care Trus.) # 16/M, Thimmalah Road, Miller Tank Bed Area

Dr. Laxmi Dorennava MBBS, MS, FPRS, FICO "I Stufftament Dp & Regn. Mopylith Stamp) - 別本子三大田 小田山村 まねする

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम च पर हरपताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक तपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यासी इस्ताधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2