APPLICATION NO. POLY 1998 APPLICATION DATE: 10 6 1 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	APP		(Healthcare) (स्थास्थय देखमाल)			Koshika			
MARKE OF APPLICANT: MARKET STREAMS S	APPLICATION No.: P 0125 7 0898 अवंदन					10/0	1/25	Building black of life.	
PATHER SIGNOUSES NAME: PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षेत्रीय पा PRESENT RESIDENCE ADDRESS: रुग्यों अक्षायांचे पा PREMANENT RESIDENCE ADDRESS: रुग्यों अक्षायांचे पा MARRIED (Patifical) / UNMARRIED (अभिवाल) (Attach Proof of Income) (अप का मान्य का पाया पा ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): पा आपा आप आप क्ष्म पर पा को पा मान्य को उस पर पात्री का विश्वा लगायां PREMIL PREMIL DETAIL STORY ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (अप का मान्य की पाया को उस पर पात्री का विश्वा लगायां (अप का मान्य की पाया की पाया की उस पर पात्री का विश्वा लगायां (अप का मान्य की पाया की पाया की अप का उस पर पात्री का विश्वा लगायां (अप का मान्य की पाया की पाया की अप का उस पर पात्री का विश्वा लगायां (अप का मान्य की पाया की अप का पात्री का अप का अ		1			AGE-YEARS ST	मु-वर्ष	SEX fier		
RATHER RESIDENCE ADDRESS Refur applied पह PRESENT RESIDENCE ADDRESS Refur applied पह PRESENT RESIDENCE ADDRESS Refur applied पह PRESENT RESIDENCE ADDRESS Refur applied पह PRESENT RESIDENCE ADDRESS Refur applied पह PRESENT RESIDENCE ADDRESS Refur applied via	Sardara Smah				-85		M	BEN CAN	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : THE SHORT THE THE THE THE THE THE THE THE THE TH		NAME:							
DOCUPATION:	अवस्मिद्धाः सर नाम	PRE	SENT RESIDENCE ADDRE	SS TO	पान आवासीय पत	T .		-10	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रचनी उज्ञावातीय पढ़ा AS ADDVC AS ADDVC Proof Post AS ADDVC AS ADDVC AS ADDVC AS ADDVC ANABARIAED (Partillor) (UMMARRIED (विषयिक्षित) (Attach Proof of Income) (Attach Control (Attach Con	village - T						d)C	VIC.	
MARRIED (विचारिका) / UMMARRIED (विचीरिका) MARRIED (विचीरिका) / UMMARRIED (विचीरिका) MARRIED (विचीरिका) / UMMARRIED (विचीरिका) (अर्थ कर जान श्री कर जिल्ला कर जान श्री कर जिल्ला कर जान श्री कर जिल्ला कर जान श्री कर जान जान श्री कर जान श्री कर जान जान श्री कर जिल्ला कर जान श्री कर जान श्री कर जान जान श्री कर जान जान श्री कर जान जान जान जान जान श्री कर जान	15070	15than 30102	0	00 0	-				
DCCUPATION : अवसाया जिल्ला कि क्षेत्रका के कि		PERMAI			बाइ आबासाय पता			o a posto	
MARRIED (Builtin) / UNIMARRIED (अर्थणाहिल) (Attach Proof of Income) (अय का Head Sign अप			J. Lad. Saldled J. S.					Lucol Land	
प्रविद्यान पर को छाछ प्रति संतर्प कर निर्माण पर के छाय प्रति संतर्प कर महिला पर के छाय प्रति संतर्प कर छाय प्रति संतर्प कर महिला पर के छाय प्रति संतर्प कर छाय छाय प्रति संतर्प कर छाय प्रति संतर्प कर छाय छाय प्रति संतर्प कर छाय छाय छाय संतर्प संतर्प कर छाय छाय संतर्प संतर्प कर छाय छाय छाय संतर्प संतर्प संतर्प कर छाय छाय छाय संतर्प संतर्प संतर्प कर छाय छाय छाय संतर्प संतर्प संतर्प संतर्प संतर्प कर छाय छाय छाय संतर्प	OCCUPATION :			_	_	Total	/		
हुत सर्गिक अप	व्यवसाय	Farmer					DOMESTIC AND ADDRESS	THE PROPERTY OF THE PARTY OF TH	
NEE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मा आप आप कर पड़ा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। Ser. No. Ser. No. BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) राहारण के प्रदार करें हम को उस प्रकार के स्वाप सम्बंध आप कर पड़ा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) राहारण के हिन्दी चिन्दी आपर BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) राहारण के हिन्दी चिन्दी आपर (Attach Card Copy) रारीणों रेखा के नीचे प्रयाण पत्र (अपणा पत्र की ख़ाण को हो स्वाप को साम को ख़ार को स्वाप को साम को ख़ार को स्वाप को ख़ार को साम को "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सामका हो किये गये विनती का उद्देश्य: सामका हो किये गये विनती का उद्देश्य: सामका हो किये गये विनती का उद्देश्य: ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेनू कोई अन्य सहायण कियी अन्य खते से शिया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES उस देशिय जैये को नाम ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES उस सलिया अन्य स्वीत को नाम ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES उस सलिया अन्य स्वीत को नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES अन्य स्वीत का नाम	कुल वार्षिक आप	51000 F				(A	ttach Proof of आय का साक्य	Income) महारन) N.A	
मा आप आव कर चाता है (जो मानव हो उस पर सही का निवान लगाये। FAMILY DETAILS चरिवार गिवरण Ser. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Guglies के रात्त वाच्या			hichever is applicable)		Ves (he	(0)			
St. No. अपने संख्या	मा आप आप कर दाख	है (जो मान्य हो उस पर	सही का निशान लगाये।		हा / न	181			
ब्रम्भ संख्या वर्ष सारम्भ साम्याप वर्ष (वर्ष) हिले (अपार्थ कर साम साम्याप प्राप्त कर साम साम्याप साम साम्याप प्राप्त कर साम साम्याप प्राप्त कर साम साम्याप प्राप्त कर साम साम्याप साम साम्याप साम साम्याप कर साम साम्याप कर साम साम्याप साम साम साम साम साम्याप साम				-	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	A CONTRACTOR OF THE PARTY NAMED IN		T	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये कियोग पत्र (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रवि संस्थन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये कियोग पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रवि संस्थन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गर्व कियोग पत्र को छावा पत्रि संस्थन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गर्व कियोग पत्र को छावा पत्रि संस्थन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गर्व कियोग पत्र को छावा पत्र संस्थन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गर्व कियोग पत्र को छावा पत्र संस्थन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गर्व कियोग पत्र को छावा पत्र संस्थन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE अस्य कोई साव्य पत्र संस्थन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियो अन्य खेतो से विषया गया हो? NAME of OTHER SOURCE अन्य खोत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गर्व सहायता यशी								Relation with Applicant	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के सिर्च विपति आधार BPL Card (Attach Card Copy) (Attach C	(1)	PHOM C	(ev)			E		WITE	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के सिर्च विपति आधार BPL Card (Attach Card Copy) परीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संस्तर करे। (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संस्तर करे। Sr. No. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम अर्द्भण के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से विषया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम अर्द्भण के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से विषया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम अर्द्भण के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से विषया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम अर्द्भण के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से विषया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम अर्द्भण के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से विषया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम संख्या जा गया हो?	121	Yogesh.		+	45	m		Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPI, Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (आगण पत्र को स्थाय प्री अगण पत्र (आगण पत्र को स्थाय प्री संस्थन करे। PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनती का उत्ररेगः Retion Card (Attach Copy) अन्य आग वर्ग अगण पत्र (आगण पत्र को स्थाय प्री संस्थन करे। PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनती का उत्ररेगः Medical Reports/Prescriptions Attached अग्यताल/डॉक्टर से बारी की गई प्रतिसंपन सूची संस्थन PURPOSE के प्रमाल करें। RE — PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE (अगण पत्र को संस्था अग्यताल/डॉक्टर से बारी की गई प्रतिसंपन सूची संस्था ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्ररेग्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE अन्य सकेंद्र का ना मा	105			1				0 /	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसीठ आधार (Attach Card Copy) (त्यां रेखा के जीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाधा प्रति संस्थन करे। Sr. No. अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य	40000000							1	
BPL Card (Attach Card Copy) (Attach Card Card Card Card) (Attach Card Card Card) (Attach Card Card Card) (Attach Card Card Card) (Attach Card) (Attac	(4)	1Shah+	2Shah+		18 m			Conana Son.	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पव (प्रमाण पत्र को प्रमाण पव (प्रमाण पत्र को प्रमाण को प्रमाण को पत्र को प्रमाण को पत्र को पत्				-					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण यत्र की व्याप प्रमाण पत्र की व्याप प्रमाण पत्र (प्रमाण यत्र की व्याप प्रमाण पत्र की व्याप प्रमाण पत्र **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्ग विनती का उद्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अभ्यताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलान **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्ग विनती का उद्देश्यः **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्ग विनती का उद्देश्यः **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता की गई प्रतिवंदन सूची संलान **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता की गई प्रतिवंदन सूची संलान **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE **RECUESTING ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थेत से लिया गया हो? **SEND.** **No.** **No.			BASIS for REQUESTING A	ASSIST/	NCE (Tick which	hever is	applicable)		
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ डॉक्टर से जारी की गई प्रतिनंदन सूची संलाम Diagnosis RE - PCIDL LE - SCHIE Calcing() 2. SZINGERY - LE - SLOS WITH PMM'N ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता गरी	(Attach Card Copy) (Attach Certificate (गरीचो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पव	(Attach Copy उपमोक्ता कार्ड		ipy) ktể	Basis/Proof		
Sr. No. अस्पताला क्रीकार से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संतान Diagnosis RE - PCDL LE - Schie Colcivact 2. Szirgery - E - SLCS WITH Pmm'A Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? Sr. No. Name of other source अन्य संख्या अन्य स्थात का नाम ली गई सहायता यशी									
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न Diagnosis RE - Pade LE - Senie Catarag Server - LE - Sele Catarag Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उर्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? St. No. NAME of Other Source अन्य स्थात का नाम ली गई सहायता ग्रंशी	Sr. No.		morror o	7			s Attached		
LE — Senife Cataract 2. Szirgery — LE — SDCS WDIH PMM'A Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उर्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? St. No. NAME of Other Source अन्य स्वांत का नाम लो गई सहायता गरो।		अस्पकल/डॉक्टर से जाएँ				से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न			
2. SZITGETY — E — STUS WITH PMMYA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? SE NO. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम ली गई सहायता राशी									
2 SZIYGEYY — E — STUS WITH PMM'A ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? SE NO. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वांत का नाम लो गई सहायता यशी	- 1								
2. SZIYGETY - LE - SDCS WDTH PMM'A ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sr. No. St. N			LE.	-	Sepile	_('	ateryar	†	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता यशी		STATE OF STREET	25.119						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता यशी	2.	Szirger	1 - IE-	SIC	S WI	JH	Pmm'	14	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम ली गई सहायता राशी		0 0	AUL						
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता ग्रंशी		1 100							
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		AS						ES	
	17.007.1	NAME of OTHER SOUR						of ASSISTANCE BEING AVAILED	
NIII		1	-4-3 SHE 30 300					AND DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF THE PROPERT	
		NIII							

DECLARATION by APPLICANT: SHREW DR STATE UN-

- 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.
- मैं घोषणा करता हैं कि इस प्राप्त्य में दिये गये सभी विकारण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकारण एवं कथन असाय पाथ जाता है तो मेरी सहायता निरात की जा सकती है।
- मेर द्वार जो महापता होता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकृप में परा गया है।
- 3) में पुष्ट बरता हूँ कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का ऑशिक व्य सकत हिस्सा किसी अन्य खेत/नियोजक बीमा कव्यनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (SPRING WITH WATER)

- 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 इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटा और वो विकरण इस प्रथम में मोशिका है, उसे "कोशिका" यूवम् न्यासी, रात, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिबिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारत बारत के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में कारने के लिए "कोशिका फाउडेरेंगन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहायत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाश जो कि सहायता के वद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकरार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एनम् उसके न्यांसियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवन्य के सकता के अगर्व का निवान है - 7

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा 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:

It has 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, हरताक्ष्मी को ओर से मामले योगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से चितिय सहायता हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से यान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न से वर्तमान और न ही भवित्र्य मं जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिपपारिता/विन्ती उक्त के सम्बंध में "कोशिका प्रावन्तेशन" द्वारा स्वीत आधिकारसकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन से सहायता लेने का अधिकार सुरीकत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय नदर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से लेगि/लेगि।

2. "कोशिका काउन्देशन" से ली पह सहायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर इस्पवाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पवाल के बीच का विवय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किस्प्रेटिकार का कोई दक्षाव नहीं है। इसलिये इस्पवाल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की स्वयं विवयंदारी रोगी एवं इस्पवाल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रमिका या जिल्लेदारी ईस गामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Dr. Mobd. Rameez Keza YOURS YADAV **Date of Surgery** Assist int Archinistrator Authorised Signatory M.B.B.S. M.S. Opntharmology ऑपरेशन को तारीख FICO (UK) 1101125 Name of Dr. & Regio No. 94th Stamp) Aud VA पर (मिक्काल) अधिकत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ञानारिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताबर । न्यासी इस्ताबर 2