APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: APPLICATION No. 1 Building black of life 21 0921 0918 21 आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS MIT-IN SEX लिंग NAME of APPLICANT ing aial आवेदक का नाम M FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्म का नाम mnarala PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Lugarolus Madelia Laure DJ pre op post of Linguish 10 Yalawa. PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 0918 about OCCUPATION : MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Unem व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No प्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान नगाये। र्ध / नही FAMILY DETAILS परिवार विकरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr No. परिवार के सदस्यों का नाम उँग्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या a wrase CHIMIN M unithakuman BASIS for REQUESTING ASSISTANCE [Tick whichever is applicable] सहायता के लिये विनति आधार Ration Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) **BPL Card** Any Other (Attach Copy) (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड यरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्द करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Contourour ingual torrough abarrent + PCIM ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया ही? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राशी 2000 1365 11

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक डाग्र घोषणा पत्र:

- 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.
- 2) 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.
- 1) मैं भोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असस्य पापा जाता है तो मेरी सहावता निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता ग्रांश "कोशिका फाउन्देशन", से सी जा रही है, उसका उपकेष उसी उदेश्य की पूर्ति के शिथे किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पृष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोतः/निकेचक/बाँमा कामनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signeture 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 fulfillment 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की खाप समाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में पोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से बुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बाह से सहयत हूँ कि भेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहाकत के उद्देश्यों से क्राधित है पुझे स्वतः सहायता का हकदार वही बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवय उसके न्यासियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदज के हस्तास्य या अंगूढ़े का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्प्रताल 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:

- 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 evail 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
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only triancial in nature. The choice of the treatment procedure downs conducted by the Assistance in nature. The choice of the treatment according to 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.
- हमरं अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोमी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

 1) यह कि न तो वर्तमाद और न ही पविष्य में बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उक्त रोगी/प्रमाले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता बिनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्सायन से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिव प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाई के किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्का नही है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिप्पेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिप्पेदारी इस मामले में उसी होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21 9 2	Or. Nagesh B N. Consultant, Medical Superintendens, Cornea, Cataract & Refractive Surgely (Name of the & Registration Street)	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ব पद हस्पताल अधिकृत आधिकारी
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	ATION आन्तरिक उपयोग हेतू
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
8	1 -0	0.18