1		mous c-	74-17	- 11	24	N/ 100		
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन ग्रारूप (स्वास्थव देखभाल)							Koshika	
APPLICATION No.: अस्पेरन संख्या :	M11224 0967 APPLICATION DATE:						Building block of life	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		ian Athan		AGE-YEARS आप-यर्प SEX लिंग				
FATHER'S/SPOUSE'S R पिता/कटुम्म कर नाम	NAME :	PRESENT RESIDENCE ADDR	min peac	a amunina wa		P	ver paragraph ver 10704 70	
5261	THE PERSON	LORDON NO	774	3-101V	1150	MPOR	Jean Barren and y has meaning the	
	1111	ERMANENT RESIDENCE ADDR	×440	1			Prior Postop	
							1 1011 1	
		Same as	grood					
OCCUPATION : व्यवसाय	fau	men					) / UNMARRIED (অবিবাচিন)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय		1000			(Att	ach Proof of Ir ाय का साक्ष्य स	ncome) fetra)	
PAN No. RUIS RUIS HE	PRI	(Tick whichever is applicable):		W 1M				
क्ख आप आय कर दाता है	(बो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हाँ / ना	डी			
Sr. No.	T Na	me of Family Member		TAILS परिवार (Years)		ender	Detailes with Applicant	
क्रम संख्या	प	परिवार के सदस्यों का जाम		उप्र (वर्ष)		लिंग	Relation with Applicant 'आवेदक के साथ सम्बंध	
- 10		hand Milyon		07	M		Join	
(3/1	- K	Bre ming		25 14		4	gas	
		BASIS for REQUESTING	ASSISTANC	E (Tick which	ever is a	nnlicable)		
		सहायता के लिये वि	नित आधार		OM COM	***********		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के बीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सम्ब प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy आप आप को प्रपण पत्र (प्रमाण पत्र की क्रमा प्रति संसम्		Ration Card (Atlach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतरन करे।			Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
				TING ASSIST विनती का उद्दे				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न							
	Diaghostis IIE Senice Collanget							
	Ur senilo cellanget							
	SWALLY IIF SIC! with Pinna Camo							
11-16	200Br	y UE S	162	COLAC		Phys	x comp comp	
		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SAUE	*PUPDOCE*	from OT	IED GOUDOS		
	12 - 1	इस उन्देश्य को हेतू कोई	अन्य सहापता	किसी अन्य स	योग से लि	या गया हो?		
Sr. No. इस्म संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी			
						_		
	DBCS				2000)			

## DECLARATION by APPLICANT: अप्रेट्ड हारा चीवणा पत्र:

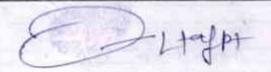
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I bereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other sourcelemployer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं चोषणा कता है कि इस प्रारूप में दिये गये सच्छे विवेशन मेरी जलकारी को अनुस्तर सत्य एवं सही है। यदि बांदे विवेशन एवं कथन आराप पाया जाता है तो मेरी महाच्या निस्त्त को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो भारत्या ग्रांत "कॉलिका ज्यान्वंतान", ये ली का छी है, उसका क्ष्योग उसी डरेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेण, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्ट बस्ता है कि दिस सहायता हेट्ट यह प्रार्थना की गई है, इस सीत की आंगिक या सकत हिस्सा किसी अन्य फ्रांक्टियोजक/बीमा धाम्पने से न तो तिया है और न ही घषिम्प में त्रुँग।

## 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 8, 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताबर या अंगते की ब्राय सम्प्रकर, में (आयेरक) अपनी सहगति की तुर्थर करता हूँ एवं "कोशिका फाउडेरान और उसके न्यानीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और नो निकास इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यानो, पान, पाचना/पा दूसरे उद्देश्य से तुड़ी गांतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रमार सम्प्रम से प्रमासित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बाट से सहनत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सक्षापता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्मय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेपक को इस्ताक्षर या अंगूडे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (#49818 \$70 €01)

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

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 मानते/रोगी को "कोशिका फाउन्टेशन" से नितिष महायता हेतु सिफाशित की जाती है, जिसे हम (हस्पतान) निन्न प्रकार से मान्य व स्योकार करते हैं।

1) यह कि न शो वर्तमान और न हो मधिष्य में विशिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान पर किसी अन्य कोत से उसत रोगी/मानले में लेंगे पर ले हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टेशन" में सिफाशिका काउन्टेशन" हारा सहायता जिनति ऑशिकासकता हेतु मन्तुर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्रोधत रखता है। इस पुष्टि में स्मष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उसत रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्रोधत रखता है। इस पुष्टि में स्मष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उसत रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्रोधत रखता है। इस पुष्टि में स्मष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उसत रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामाधन से नहीं लेगा-लेगी।

"कोशिका फाउन्हेंशन" से सी गई स्वाधता अवेक्स वितिय प्रकृति की हैं। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या वित्ये गये उपचारप्रक्रिया का युनाव रोगी एवं हस्पताल

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेसन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रबाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सारी जिम्मेदारी रोगी पूर्व इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस भागले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** M.S. M.S ऑपरेशन की तारीक Dr. Shro s-Charity Eye (Name, Dealermation & Stamp of Authorised Signatory 10/12/24 (Nabile of Orto Hegn. No. With 319714 6 नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व इस्तीक्षर व रजि. ने FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक तपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्तावर 1 न्यामी इस्ताक्षर 2