APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय रेखमाल)						Kos	hika	
APPLICATION No.:	M 122	4/1006	APPLICATION	DATE 191	12/24	Building	block of life	
NAME of APPLICANT	r:			ARS SITE OF				
Kanula Devi		49		f		10		
FATHER'S/SPOUSE		EU GENT		,				
पेश/कटुम्भ का नाम	H	an Dwarii		A		DE SOLDENA	WAL KINGS DEVI	
MACH	ECHA	PRESENT RESIDENCE ADDRE	NPUR.	Moha	MMadage		MIN MAN SHIP 025	
Taiou	H KI	ALTI				400	Dalan	
21 6	tohomn	ERMANENT RESIDENCE ADDRE	85 : स्थाई आधार	र्वे देखें विषे पता	91	Preling	TUNG!	
		Jame as	-	one				
OCCUPATION :	Manie	maker			ARRIED (Parille) / UNMARRIED (विवाहित)	
OTAL ANNUAL INC	OME:	C	2.0	(Attach Proof of Income				
कुल वार्षिक अव	90	port an	ily		(आय का साक्ष्य ।	संसम्न)		
PAN No. PRIS BIRD		(Tick whichever is applicable):	1	Yes / No				
FILL HIS DIR HE CH	त है (जो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।		शां/ नही	0 2			
			FAMILY DETAILS Age (Yea				MA	
Sr. No. क्रम संख्या	Na uf	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		(a)	Gender Rein	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध		
A 1 4 5 4 5 4 5 4 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5		Areas de artem an art			- ITEM			
	+			_				
		STORY PRINT						
	-	1 100						
_	+		+	-			- 10	
The state of								
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	ASSISTANCE (TI	k whichever	is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Copy	EWS Certificate		Ration Card (Attach Copy)		Any Other	
		अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र		उपभोक्ता कार्ड		Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
(प्रमाण पत्र की छापा	प्रति संसरन करे।	(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न	करें। (प्रम	(प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसम्न करे।		77.04.04		
			for REQUESTING		E:			
Sr. No.	T	Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या	A	अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतियेदन सूची संलग्न						
	May	naris	-	E /	Slouid	, ada	rest	
	-	115						
		de sence cataracet						
	110							
	SURA	surgery QE IIci with print les camp						
) 40					1	
	9 9 1	ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SAME "PU	RPOSE" from	OTHER SOURCE	ES		
Sr. No.				न्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? CE AMOUNT			of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्य		1		0.111.000.000	ली गई सहायवा राशी			
		10000			- Lina	1		

DECLARATION by APPLICANT: HERE BIT WHY! 49:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे इस जो महाबत राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं चुटि काता है कि तिम सहापता है का प्रार्थण की को है, इस ग्रीत का आणिक म सकत हिस्सा कियों अन्य कोक्ट्रियोजका/बीम कन्यनी से व तो लिय है और व ही चीवम में लैका

AGREEMENT by APPLICANT (SPINE BIT WITE)

- 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/activevements. 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 appentable to me.
- 1) इस प्रथम पर अपने इस्तक्षर या अंग्रेट की खाम लगाका, मैं (अवंशक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों "को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रथम में वोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पामना/पा दूसरे उन्देशन से जुड़ी गतिविधियों और उन्दर्शकारों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रया या विवरण मेरे इलाज के पताले या बाद में काले को लिए "कोशिका प्राव्वेशन" म न्यासी अधिकृत है।
- मै (आनंदक) इस बाट से सहआत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और किसाण जो कि सहायता के उर्देशकों से प्रार्थित है मुझे रूपत: सहायता का हकपार नहीं बन्ताया इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदम में इस्ताकर या अंगूडे या निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा करार)

2

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospitar) 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 Keshika 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, हसाक्षरी की ओर से मानले/रोगी को "कांशिका फाउन्देशन" से विशिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, दिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न से व्हांचन और न ही प्रविश्य में विसिय सहायस किसी गैर सरकारी संस्थान क किसी अन्य स्थोत से उसा संगीत्मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इपने "कांशिक फाउन्होंनन" से सिफारिश्यविनीत उका वे सम्यथ में "कोशिका फाउन्होंगन" द्वारा सर्वा किसी अन्य सम्यथ में "कोशिका फाउन्होंगन" द्वारा सर्वा किसी अन्य सम्यथ में "कोशिका फाउन्होंगन" द्वारा स्थापत विनीत आशिकात्मकल हेतु मन्यूर नहीं किसा जाता है तो अम्पताल किसी अन्य सन्यथम में सहायल लेने का अधिकार सुर्गात राज्ञता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिवीय स्टर उका सेगी-मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था च किसी अन्य सायन में नहीं लेगा लोगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेसन" में तो गई सहायता कंवल विकित प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल हात दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेसन" हात किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इत्यन सुत्या और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वोकती के लिए संस्तृति Date of Surgery ऑपरेशन भी तारीर s-Charity Eye M.B (Name, Devignation & Stamp of Authorised Signatory Ultime of Dr. & Rign. No. with Stanto) 19/12 Monton behalf of Hospitall) नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी कान्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्साक्षर ।