SOCIAL TISSUE STANCE GENERAL SUBJECTION ASSISTANCE GENERAL STANCE	<u>a</u>	Koshika	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES THE COLUMN OF SAME SOURCES STANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES AT SITE of STANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES AT SITE of STANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES AT SITE of STANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES AT SITE of STANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES AT SITE of STANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES AT SITE of STANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES AT SITE of STANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES AT SITE of STANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES AT SITE of STANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES AT SITE of STANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES AND AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES AT SITE of STANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES AND AVAILED SAME AND AVAILED SOURCES AND AVAILED SAME AND AVAILED SAME A	fe.	Building block of life.	27/9/21	CATION DATE : तिथी	102 APPL	10921	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from Other Source Singles and series and se	1		AGE-YEARS SITE THE SEX TRITE				AME of APPLICANT :
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार्च आणासीय परा CCULPATION : SCHULE AS ALLO DEC PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार्च आणासीय परा CCULPATION : Genetic As ALLO DEC MARRIED (किस्मिल) / UNMARRIED (अरिवाणिल) COLUPATION : (Allisch Proof of Income) (अरिवार को सहस्य संस्थान) (अरिवार को सहस्य संस्थान) POAL AMHUAL INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): शि / तर्ज हो हो परा वर्ष को को निराम लगाणी शि / तर्ज शि / तर्ज हो हो परा वर्ष को को निराम लगाणी शि / तर्ज शि / तर्ज हो हो परा वर्ष को को निराम लगाणी शि / तर्ज शि / तर्ज हो हो परा वर्ष के स्थार को निराम लगाणी शि / तर्ज हो हो परा हो हो हो परा हो	,			- Vande	BM Tiparegow	NAME: WLO	
CCUPATION:	de Da	Dr. Do Par	eapure	ान आवासीय पता स्थापक	PRESENT RESIDENCE ADDRESS ST	MUKKO	Bannie
ECCUPATION: COLUMNATION: University of the place of the property of the place of t	Jan	C.A.		ई आवासीय पता	RMANENT RESIDENCE ADDRESS : FR	PE	
प्रशासक प्रशासक प्रतिक्ष आप OTAL ANNIAL INCOME: क्षण वर्षिक आप AN No. क्याई खाल संख्य हिंग तर्ज FAMILY DETAILS परिवार विवारण FAMILY DETAILS परिवार विवार	X CSH	10 di Chem			ne as above	Sa.	
UTAL ANHALI INCOME:			TENTANDEZ .		Horker	Home	
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE [Tick whichever is applicable]:						WE:	नुस वार्षिक आय
FAMILY DETAILS पहिलार विवारण अभिक्ष (Years) कार संदल प्रिवार के सदस्यों का नाम उन्न संदल प्रिवार के सदस्यों का नाम उन्न संदल प्रिवार के सदस्यों का नाम उन्न संदल में प्रिवार के सदस्य के नाम संदल प्रिवार के सदस्य के नाम संदल में प्रिवार के स्वार सं का नाम अपने स्वार सं स्वार सं स्वार सं स्वार सं स्वार सं स्वार सं स्वर सं सं स्वर सं सं स्वर सं सं सं स्वर सं			/		lick whichever is applicable):	TAX ASSESSEE (T	DE VOIL AN INCOME
SP. NO. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES SP. SQ. Sq					FAMILY	क र्या मान्य छ। दल	भा आप आप कर दाता
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिपे विनति आधार (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पवे (प्रमाण पव की ख्रम प्रति संतान करे। (प्रमाण पव की ख्रम प्रति संतान प्रति संतान प्रति संतान प्रति संतान प्रति संतान प्रति संतान प्रति की अन्य स्ति संतान प्रति की अन्य स्ति संताम प्रति की? (प्रति करित विनति आधार (प्रमाण पव की ख्रम प्रति संतान करे। (प्रमाण पव की ख्रम करे) (प्रमाण पव की क्रावर करे) (प्रमाण पव की क्रम करे) (प्रमाण पव की क्रावर करे) (प्रमाण पव की क्रम विन्य करे) (प्रमाण पव की क्रम विन्य करे) (प्रमाण पव की क्रम करे) (प्रमाण पव की काव प्रमाण	licant स्वध	Relation with Applic आयरक के साथ सम्ब		ge (Years) उम्र (वर्ष)	ne of Family Member बार के सदस्यों का नतम	Nan परि	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सकायता के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पर्व (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उन्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उन्देश्यः "PURPOSE" का सांख्या "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उन्देश्यः "PURPOSE" का सांख्या "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अस्यतालाळाँक्टर से आरी की गई प्रतिवेदन सूची संलाम "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME AMOUNT of ASSIS		usije	_F	79	elauma	Sushe	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। Sr. No. क्रम संख्या Assistance being availed for Same "Purpose" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? Sr. No. Assistance being availed for Same "Purpose" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? Sr. No. Name of Other Source Any Other Ration Card (Attach Copy) (Attach Copy		Son	М	115	linge (nowda	Muni	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। Sr. No. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य सत्रोत से लिखा गया हो? Any Other (Attach Copy) (A							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य सत्रोत से लिया गया हो? Any Other (Attach Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आरी जी गई प्रतिवेदन सूची संलान **PURPOSE*** **Total Card Copy) **To							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILE			ver is applicable)	NCE (Tick whiche	BASIS for REQUESTING ASSISTA		
प्रहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न (1) अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न (2) अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न (3) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	ρf	Any Other Basis:Proof अन्य कोई साक्ष्य	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड		EWS Cartificate (Attach Certificate Copy) अरुप आय वर्ग प्रमाण पत्र	i EWS Cartificate Copy) (Attach Certificate Copy) प्रमाण पर्वे अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्रे	
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न () पिट (प्रोच्याप्र) पिट (प्राच्याप्र) पिट			NCE:	l ESTING ASSISTA ये विनती का उददे	"PURPOSE" for REQ सहायता हेत किये		
Sr. No. Surgery LE Contaract + Point Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIL		ı	ptions Attached	Reports/Prescr	Medica		
Servery LE Contained + PCIDL Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIL				tanact	rosis PG Car	Diogr	ก
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from DTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया छे? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIL				tarme	LE CC	1	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIL			+ PCID	anact	eny LE Cat	Suna	(D)
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIL					- Q	1	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIL							
31.10.	LED.		तेत से लिया गया हो?	ME "PURPOSE" यता किसी अन्य स	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सह	48	
क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ला गई सहायना राशा	ren	of ASSISTANCE BEING AVAILE ली गई सहायता राशी	AMOUNT	×	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम		
0 1 2 1 -			7				A
U DBO X, OVVI			0,500 l		0	1030	Ü

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हारा 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 relimbursement, 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 है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सरफ एवं सही है। मदि कोई विवरण एवं कथन असरप पामा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गरिश "कोशिका फाउन्हेंसन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया आयेण, जो इस प्राक्त्य में मरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का अविश्व मा सकता क्रिस्स किसी अन्य खोता/निमोक्क/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अलेरक 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 efter my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) t (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 प्रपत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की स्थप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाटडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मंग्र नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्न का विधरण मेरे इलाज के पहले वा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवंदक) इस बान से सहयत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहामता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहयता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय औतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

LT Z

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:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from enother 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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मायले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्पवाल) निम्न प्रकार से मान्य च स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न हो पविष्य में जितिब सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान वा किसी अन्य एक्रोठ से उक्त रोगी/मायले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन"
से सिफारिश/विवित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हुए। मस्द हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हुए। सहायता विवित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरीधत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्हेशन" से लो गई सहायता केवल वितिथ धक्ति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/फ्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई पताब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूभिका या विम्मेदारी इस मामन में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Dr. Nagesh B N Date of Surgery Manager Outreach Consultant, Medical Superintendent, ऑपरेशन की तारीख imiliada in Vabetas & Eya C Comea, Calaract & Refractive Surgery (Name, Designation & Stemp of Authorised Signatory Minimie of Dr. & Redit No. 54th Staffip) on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पवास अधिकृत अधिकारी आन्तरिक उपयोग हेतू FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी इस्ताक्षर 2

in the matter.