MOM- C-25-01- 0039

APP		ORM FOR ASSISTANC तू आवेदन प्रारूप		hcare) देखपाल)	Koshika	
APPLICATION No.: आबंदन संख्या :	M/0/2	5/1058	APPLICATION DATE	101185	Building block of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Usha	Rant	AGE-YEARS 5			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME	PRESENT RESIDENCE ADDR	on		THE USHROSEZ THE USHROSEZ THE MENT -5-28-44	
Brike	ian, k	PRESENT RESIDENCE ADDR	RESS वर्तमान आवासीय पर 1.0.11	n	Driolot Protol	
	n ^p	HOM PROJECT	ESS : स्थाई आवासीय पत		Document 10000	
	-	am at	about			
OCCUPATION : व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCO	Home	maken) / UNMARRIED (अविवाहित)	
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाला स	35	1000010	anily	(Attach Proof of Ir (आप का साक्ष्य स	ncome) (तम्म)	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): म पर सही का निशान लगाये।	Yes/N 81/3	o सर्वे		
4.747	1		FAMILY DETAILS परिवा			
5r. No. कम संख्या	Na परि	me of Family Member बार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आतेदक के साथ सम्बध	
		NI				
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTANCE (Tick which	never is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।			(A) (A)	ation Card Mach Copy) पोक्ता कार्ड ते छाया प्रति संसम्म करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
THE			for REQUESTING ASSIS			
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	अस्पताल/बॉक्टर में जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न भि-0900445					
	LIE SENIEL POTATION					
	Durgery UE SICS With Prima				TENS OMP	
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई	D for SAME "PURPOSE" अन्य सहायता किसी अन्य	rrom OTHER SOURCE स्वीत से लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई महायसा ग्रशी		
	Diaca (X be	0	
		1000				

DECLARATION by APPLICANT: SHEEK SHI STRONG VS:

- t 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 योषणा करता है कि इस प्रकल में दिवे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सारी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असरय याया जाता है तो मेरी सहायता निरस्ट की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायक्त गाहि। "कोलिका फाउम्टेकन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में भए गया है।
- 3) मैं चुच्च करता है कि विस सक्षायत हेतु यह प्रार्थण की गई है, उस दक्षि का आंत्रिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोतनियोजक बीमा कम्पनी से नू तो लिया है और न ही पविषय में लेंगा।

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 & 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 प्रथत या अपने तत्वाधर या अंगर्ट की बाप समाकर, मैं (आवेदक) जानी सहमति को चुण्ट करता हूँ एवं "क्टीताका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों "को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फाटा और ता विवरण इस प्रथम में बोधित है, उसे "कोशिका" एवम् नासी, रान, वाबना/या दूसरे टर्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इताब के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयेदक) इस बात में सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता को उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् उसके न्यांसियों का निर्णय ऑत्या और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

AGREEMENT by HOSPITAL (1949) (1941)

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

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.

हमते ऑपकृत, हस्ताक्ष्ये की और में भागकेयोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की बाती है, निसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, कैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" में सिफारिश विनित उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" ह्वारा स्टर हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" ह्वारा सहायता विनित ऑशिक/सक्तल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता तेने का अधिकार सुरक्षित रक्षणा है। इस पृष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय ग्रदर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

रेर सरकारी संस्था या किसी अन्य कथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "फोरिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विकिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पकल द्वारा दी गई सलाह या किसे गये उपकारप्रक्रिया का युनाव रोगी एवं इस्पताल के बीध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सारी किस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पृथ्विका या विक्सेदारी इस मामले में नहीं होगी। "

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Pricathi स्वोकतो के लिए संस्तृति Date of Surgery s-Charity Eye M.B.B Hospital Sahadava (Name, Device tion & Stamp of Acubansed Signatory on behalf of Hospital) B. No. With Stamp डाक्टर का नाम से इस्ताक्षर व रहि न नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताधाः । न्यासी हस्तासर 2