APP	PLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप	V.MT/7/2008	hcare) देखपाल)	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/0125 1083	APPLICATION DATE	101125	Building block of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Gudiya	AGE-YEARS	ग्रापु-वर्ष SEX लिंग	D - 0	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	MHnna MHnna			MINE GUEST. THE GUESTA	
	Noth Charles Pondo she Permanent residence Addres	io. non	ola Cokattan	GIOSA PHOTO HERE	
OCCUPATION :	Home maken		MARRIED (Resiled)	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
FOTAL ANNUAL INCO कृत वार्षिक उद्यय PAN No. रशाई खाता र	BOLDOOL Jan	1914	(Attach Proof of in	come) HTP)	
ARE YOU AN INCOME	: TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes / /	नही		
Sr. No.	Name of Family Member	AMILY DETAILS परिव		Datasta villa Acadeaa	
क्रम संख्या 🔨	परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) ডয় (কৰ্ম)	Gender ਇਸਾ	Relation with Applicant अपनेदक के साथ मध्यप	
(1)	Salvibal	190	W	JOW	
4					
(8)	AMPAI	0	M	- San	
0	Printed .	0	- 10	7000	
	BASIS for REQUESTING A सहावता के लिये विना	SSISTANCE (Tick whice of street	hever is applicable)		
BPL Ca (Attach Cars गरोबी रेखा के नीर (प्रमाण पत्र को सामा	i Copy) (Attach Certificate Copy) वे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र	(A	tation Card Mach Copy) पर्भोक्ता कार्ड हो डाया प्रति संतम्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
2 44		REQUESTING ASSIS		Mar Market La	
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	अस्मताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संख्यन				
	prograsis Ut serili coparact				
		46	Service	Cataract	
	. 0	100 000		Mo. 2- 1	
	Sugery GE S	261 CD	Mh Ph	ma teru campo	
	ASSISTANCE BEING AVAILED				
Sr. No.	इस उर्देश्य को हेतू कोई अ NAME of OTHER SOUR	Laborat William Co. A. M. Co. Co. Co.	AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	अन्य स्त्रीत का नाम DBC-3		ली गई सहायता यशी जि. (2.4)		
			-		

# DECLARATION by APPLICANT: SHORE GIR WIND US:

- 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, hable 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 भोषणा करता हैं कि इस प्रक्रम में दिये नये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सकी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहस्था। निरस्त की जा सकती है।
- 2) में इस जो सहयता ग्रीत "कोशिका फाउन्तेमन", में ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया जानेगा, जो इस प्रकर में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि तिस सतापता हेतु यह प्रार्थन की याँ है, उस शिक्ष का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँग।

# AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thomb 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 प्रयह पर अपने हालाक्षर या अंगडे की बाए लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कंगितका फाउंडेहान और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता है कि मेरा ग्राम, पता, फाउं और जो विवास इस प्रयत में प्रोधिक है, उसे "कंगितका" एकम् न्यासी, राय, वाचनाया दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसार मध्यम मेरे प्रमारित करने के लिए विधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मंत्र नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहायता को उत्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांत्रयों का निर्णय आतिम और बाध्यकारी होगा।

# APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्तावर या अंगूठे का निशान



#### AGREEMENT by HOSPITAL (EPRINE DID WOR)

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.

हमारे अधिकृत, हम्ताक्षरों को उदेर से जामलेपीपी को "कोशिका फाउन्होंतर" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविषय में वितिय सहायता किसी येर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/पामाने में लेंगे या ने रहे हैं, वैसे कि हमने "कॉरिशका काठन्देशन" से सिफारिश-विभवि उसत के सम्बंध में "कोशिका काठन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काठन्देशन" द्वारा सहायता विनति आरिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है जे अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। ईस पृष्टि में स्वय कता जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी
- पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल विशिध प्रकृति की है। रोगी पर इक्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल
- के क्षेत्र का विश्वय है और "कोशिका जाउन्हेंजन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्ष्ण नहीं है। इसलिये हरमताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हरमताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

#### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Deepak Impain स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** Hospital Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regional Oliff Stamp) on behalf of Hospital) <sup>12</sup> बार्क्टर की नाम व हरेताक्षर व रवि. न. नाम व पद हस्पतान अधिकृत अधिकारी आनारिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 वसी इस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2