API		RM FOR ASSISTANCE आवेदन प्रारूप	(Healt)	hcare) देखभात)	Koshika		
PPLICATION No. : विदन संव्या :	O SOUNDIL HISTO	A COUNTY OF THE PARTY OF THE PA	PPLICATION DATE	5.575(2)(A57/)	foundation Building block of life.		
AME of APPLICAN वेदक का नाम	Jane	Art a u	AGE-YEARS	ापु-वर्ष SEX लिंग			
THER SISPOUSE	***************************************	PRESENT RESIDENCE ADDRESS			PASTE PHUTU HERE		
	enriq	unorid bel	, Pher	ii, Bri	GILLET POSTER		
0119		MANENT RESIDENCE ADDRESS					
	-	same as	applu				
CCUPATION : PURITY OTAL ANNUAL INCO	farm	ien		-	/ UNMARRIED (अविवाहित)		
त वार्षिक आय N No. स्थाई खाता ।	40	oppor		(Attach Proof of In (आय का साक्ष्य सं	ecome) सन्त्र)		
E YOU AN INCOM	E TAX ASSESSEE (T	ck whichever's applicable): यर सही का निशान लगाये।	Yes/N डॉ/न	riî			
0.40			ILY DETAILS परिवा				
Sr. No. क्रम संख्या	文章	e of Family Member प्रकंसदस्यों का नाम एक स्टिक्स	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग VV	Relation with Applicant आवेदक, के साथ सम्बंध		
(4) Pn	il kunga	92	M	son		
		BASIS for REQUESTING ASSI	STANCE (Tick which	Averagia anolicabla)			
		महायता के लिये विनति व	STANCE (TICK WHICH	never is applicable)	1		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संतन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साया प्रति संसन्द करे।	Ration Card (Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की झया प्रति संसन्त करें		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
			EQUESTING ASSIS ये गये विनती का उद्				
Sr. No. ऋम संख्या							
	10,50	ye seril cataract					
		7 844		6,			
	Sux	jery UE	23.05	WITH !	DIOTION TENY COM		
		ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME "PURPOSE	from OTHER SOURCE			
Sr. No.					ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	1	अन्य स्त्रोत का नाम			ली गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा प्रोपण 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.
- 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) मैं घोषणा करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सारी है। गरि कोई विवरण एवं कथन असाय घावा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गारि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में प्या गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस शांश का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य प्रोतानियोजकाबीमा कमानी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (STREET GITS WITH)

- 1) By affound my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to green 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.
- इस प्रया पर अपने हरताका या अपने को साथ लगाका, में (आवेदक) अपनी सहयति को पुष्टि करता हूँ कि पेश "कांशिका कार्यहेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि पेश नाम, पता, फोट और जो विकाण इस प्रयत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एथम् न्यासी, दन, याचनान्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये क्रिसी भी प्रसार माध्यप से प्रमारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रयत्न का विकाल मेरे इलाज के पहाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउड़ेसन" व न्यासी ऑधकृत है।
- मैं (आवेतक) इस कत से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि समायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्था: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एथम् उसके नाविकों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदफ के इस्ताधर या अंगुठे का निशान



MORREMENT by HOSPITAL (EMBR DE 400)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatury 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 and a state of the patient is based on the arrangement between the patient & the Hospital and a state of the same patient of the same patient of the same patient of the patient of the same patient of the s
- 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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से जितिय सहायता हेतु सिफारिंग की जाती है, जिसे हम (हस्त्वात) मिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में विदिय महायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वांत से उका रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिफारिश/विन्ती उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हार महाय के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हार महायदाल किसी अन्य में "कोशिका फाउन्डेशन" हार महाय के सम्बंध में किया बाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताथन से सहायत लेने का अधिकार सूर्यका रोग इस पृष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेरान" से ली गई सहायता केवल विशिष प्रकृति की है। रोगी पर हरनवाल ग्रार दी गई सलाह या किसे गये उपचार प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का निषय है और "कोशिका फाउन्डेरान" इस किसी प्रकार का बोर्ड दसाल नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाले की साथै जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

		ED FOR ACCEPTE के लिए संस्तृति	NCE Soul	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Named of Dr. Witterson, No. with Stamp)		Dr. Sh. Strator Or. Sh. Charity Eye (Name, Désignation & Stamp of Authorised Signatory (Vicin on behalf of Hospital) नाम व पर हम्मताल अधिकृत अधिकारो	
	FOR INTERNAL USE of KOSH		आन्तरिक उपयोग हेत्	
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताधर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताका 2		
8	fungel		lie 18	