APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)					Koshika	
APPLICATION No.: A ORRA 1165			CATION DATE : 09-0	12-2023	Building block of life	Marie .
IAME of APPLICANT:	lari Kishan		AGE-YEARS STITE - THE	SEX fein		
ATHER'S/SPOUSE'S NAM ता/कटुम्म का नाम	Namu Ram PRESENT RESIDE				(a) (a)	
mage-Sajako	Teh-Laymo	in gash	DIST - Alw	qΥ	Charles and the same of the sa	
Revesthan - 30	PERMANENT RESIDE	NCE ADDRESS : 124	ाई जानासीय पता			TOP
	As	9 PONE			1165 Hami	
CCUPATION : Furn	nex		MA	ARRIED (Figurity	t) / UNMARRIED (अविवाहित)	1(41)
OTAL ANNUAL INCOME : एल वार्षिक आय	55000 F		(A	ittach Proof of I आय का साक्य र	ncome) संलग्न) NA	
AN No. THE THE THE	NA	anlianhla)	V (1/2)			
ा आप आय कर दाता है (र	ASSESSEE (Tick whichever is a ब्रो मान्य हो उस पर सही का निशान		Yes / ਮ ਹੀ ਰਾਂ/(ਜਰੀ			
Sr. No.	Name of Family Memb		DETAILS परिवार विवरण ge (Years)	Gender	Relation with Applic	onné
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का न	ч 1	उम्र (वर्ष)	तिंग -	आवेदक के साथ सम	au
(1)	NIL		-	-	-	
					>	
		-		_	40.	
_				_		
					_	
			_			
	BASIS for RE	QUESTING ASSISTAL के लिये विनति आधा	NCE (Tick whichever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Cop गरीबी रेखा के नीचे प्रया (प्रमाण पत्र की छापा प्रति सं	ग पत्र अल्प अस्य अ लग्न करे। (ग्रमाण पत्र की छ	ificate Copy) ार्ग प्रमाण पत्र या प्रांत संलग्न करे।	Ration C (Attach C उपभोक्ता व (प्रमाण/पत्र की ज्ञाया)	opy) हार्ड इति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
	***		ESTING ASSISTANCE: ये विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्					
	DIAGONSIS RE-SENTLE CATARACI					
	Œ.	PCTOL				
2	Surgery - RE- S	TCS WITH	Pmma			
	U					
	ASSISTANCE BE	ING AVAILED for SA के हेत् कोई अन्य सक	ME "PURPOSE" from G पता फिसी अन्य स्वोत से	THER SOURCE	ES.	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE				T of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई महायता यशी	
	וווֹש					
-						

DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वारा योगणा 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.
- मैं चोषणा करता हूँ कि इस प्ररूप में रियं गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं साही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी महायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सरायता राशि "कांशिका फाउ-देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि निस साग्यता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस गृष्टि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य घोछ/नियोजक/योग्य कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रतिष्य में लेगा।

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 प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अगते को छाप लगकर, में (आवंदक) अपनी सहमाँत की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीमाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा भाम, पता, फोटो और तो विवरण इस प्रपत्र में पाषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, माधना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ को लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए आधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहगत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्तत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एथम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाज्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



AGREEMENT by HOSPITAL (KANNER BID WITH)

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.
- हमारी अधिकृत, इस्ताक्षारी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।
- 1) यह कि न तो पर्तमान और न ही भविष्य में वितिय स्तायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन" में सिकारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंशन" हात मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" हात सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्धका रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लंगी।
- 2. "कॉशिका फाउन्देशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। सेगी पर हस्पताल द्वारा पी गई सलाह या किसे गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव सेगी एवं हस्पताल के बीच का विवय है और "कॉशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में सेगी के इलाज सुरक्षा और आने वाने की सारी जिम्मेक्षरी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कंशिका" को कोई प्राच्या सा जिम्मेक्षरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** Dr. WAFLANSARI CHARAN MASSEY ऑपरेशन की तारीख MS (OPHTHAL) (Name, Designation of Authorised Signatory 10/2/23 Region of bird (ds was Stamp) Dr. Shroffs Eyes behalf of all particular नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर १ न्यासी इस्तावार 2