APF	The state of the s	ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप		hcare) देखपाल)	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	MIO	324-11261 1	PPLICATION DATE	M2105	Building block of life.	
NAME of APPLICANT			AGE-YEARS	गपु-वर्ष SEX लिंग		
आवेदक का नाम	Has	ribula	75	M		
FATHER'S/SPOUSE'S	SNAME	naya tullah			NONE-HABIBALLE	
	(4.00)	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय प	8	PASTE PHILIPPING	
House.	Ltaustu		2am	JIBUL	Erle & Pastol	
	1.00.70		leh - 2	98306	100 mg	
	N.	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS:	स्याइ आवासीय पता	The state of the s		
	V)(	uru as a	pont			
OCCUPATION :	-0		7	1		
व्यवसाय		nen		MARRIED (विवाहित	) / UNMARRIED (अविवाहित)	
rotal annual inco कुल वार्षिक आय	OME: 4	510001		(Attach Proof of It (आय का साध्य स	ncome) रंहरन)	
PAN No. THIS BURN T						
स्या अस्य अस्य कर दात	है (जो मान्य हो र	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes/N Tof/7			
			NLY DETAILS परिवा			
Sr. No. यहम संख्या	Ni Vi	ame of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (ड्रार्च)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
		attube	40	M	lon	
U	· // /	70.5				
		BASIS for REQUESTING ASSIS	STANCE (Tick whic	hever is applicable)		
		सहायता के लिये विनति ३	मधार	We will be a second		
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card Attach Copy)	Any Other	
गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र	31	पमोक्ता कार्ड	Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसरन करे।		(प्रमाण पत्र की स्नया प्रति संलय्न करें)	(प्रमाण पत्र व	की छाया प्रति संसान करे।	সম্প কাই পাইৰ	
			EQUESTING ASSIS	CC (CC CANAL)		
	_		व्ये गये विनती का उद	-		
Sr. No. ऋम संख्या	1			criptions Attached गई प्रतिबेदन सूची संसान		
क्रम सल्या	Brago	17	UF XI	Mile I	atara1t	
	D.					
	Ut senily contained					
	Surgery OF SICS with Pmmg less					
		ASSISTANCE BEING AVAILED to	SAME "PURPOSE	" from OTHER SOURCE	5	
Sr. No.				सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो?  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	अन्य स्त्रोत का नाम			तो गई सहायता ग्रसी		
		030		200	v /	
					1	

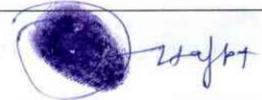
## DECLARATION by APPLICANT: आवंदक द्वारा घोषणा पा:

- 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) में धोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सबी है। परि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गरित "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतू वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लुँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (जानेदक 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताक्त या अपने की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्क्रमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका काउंद्रेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में घोषिल है, उसे "कोशिका" एवम् मासी, दान, याथना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसार करने के लिए ऑयक्त है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका काउड़िया" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आपंत्रक) इस बल से सहमत हूँ कि मंद्रा न्थम, पता, फोटो और विवारण जो कि सतायता को उद्देश्यों में प्राचित है मुझे स्वतः सहायता का तकपार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियाँ का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगाः।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के इस्तावद या अंगूटे का निकान



## AGREEMENT by HOSPITAL (TENTED DID WORL)

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:

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 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, हस्ताधारी की और से मामलेलोगों को "कोशिका फाउन्हेशन" से सिठिय सहायता हेतु सिफारिश की खाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से सान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो प्रतीमन और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त रोगो/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा सहायता विनीत ऑशिकरसकल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुर्रावत रखता है। इस पूर्ण्ट में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/संगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेंशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोनी पर हरपताल द्वारा दी गई सलाह या किसे गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पर्व हरपताल के बीच का वित्यय है और "कॉशिका फाउन्डेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रामांत ती है। इसलिये हरमताल में रोगी के इल्लाम सुरक्षा और आने जाने की सारी किम्मेदारी रोगी एवं हरपताल की होगी और "कॉशिका" की कोई भूमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** Eye 746 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Roan, No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक ठपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी इस्ताक्षर 2