APPL		ORM FOR ASSISTANCE तु आवेदन प्रारूप	(Healti (स्वास्थय	ALCOHOL: THE LABOR TO SERVICE AND ADDRESS OF THE PARTY OF	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/03	25/1262	APPLICATION DATE	03125	Building block of life	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		ubuddin	AGE-YEARS	यु-वर्ष SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S I पेतः/कटुम्प का नाम	JAME -	cali			NAME VIOLEN	
Cani	Pist 4	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	po Ma	hews	Dallat Pasto	
		ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	- 261506 इ: स्वाई आवासीय पता		part 100	
CCUPATION :	Fra	injen		MARRIED (Briffer	r) / UNMARRIED (अदिवाहित)	
यवसाय OTAL ANNUAL INCOM हुल बार्षिक आय	E: 4	21000		(Attach Proof of Income) (আৰ কা মাধ্য মালন)		
AN No. स्थाई खाता संख RE YOU AN INCOME T श आप आय कर दाता है	AX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes/No हां/ना			
			MILY DETAILS परिवार	विवरण		
Sr. No. क्रम संख्या	N.	ame of Family Member रेकार के सदस्यों क्या नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant , आवेदक के साथ सम्बध	
①		amold h	3.0	H	30h	
8	16					
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति		ever is applicable)		
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) (Attach Certificate र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण एवं अल्प आय वर्ग प्रमाण		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसन्त का	Ra (At	ation Card tach Copy) पोक्ता कार्ड । छाया प्रति संसान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सरक्य	
			REQUESTING ASSIST केये गर्मे विनती का उद्दे			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन्न सुची संलग्न					
	diagnosis y serile Cataract					
	ye senile ataract					
	Swn	gery 4F 57		in pre	mg lens can	
		0 0			- 19 ²	
		ASSISTANCE BEING AVAILED fo इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	र सहायता किसी अन्य स	वोत से लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURC	E	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
		1013		~ v		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोपणा 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 soleminly 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 चांचण करता है कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जनकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाण जाता है तो मेरी सहस्यत निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि विस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोवक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करेत)

- 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 end/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 प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षा या अपटे की काप लगाकर, में (आवंदक) अपनी महमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांजिका वाटंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटा और जो विकल इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वावनात्या दूसरे उद्देश्य में मुद्दी गतिविधियों और टपलिक्यों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए ऑधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका व्याउहेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा जम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकयार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के इस्तावर या अंगुठे का निशान

7+fp+

AGREEMENT by HOSPITAL (##पशास द्वारा करार)

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 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.

हमारं अधिकृत, इत्ताक्षरी की जोर से मामले रोगी को "कोशिका फाउन्होंशन" से वितिय सहायता तेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न द्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, दैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होंशन" से सिफारिशा विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्होंशन" द्वारा सहायता विनीत आहितक/सकता हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त रोगी/मामले तेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कोवल विशिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबात नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलान सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या किस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्युति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Name of Dr. & Surger. No. with Stamp 6

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

माम व पर हस्यताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अान्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्यासी हस्ताकार 1

प्रिकारिक