mom - C-25-03- 3742

APPL	ICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप	(स्वास्थय	hcare) देखमाल)	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	4/0325/1332	APPLICATION DATE	103105	Building block of life.	
NAME of APPLICANT : जावेदक का नाम	Navi fatimes	AGE-YEARS	ाबु-वर्ष SEX तिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्प का नाम				MA ALCOHOLD	
De uscous	PRESENT RESIDENCE ADDRES	ड वर्तमान आवासीय प		HOTO HERE	
	Ottar Pradesi	2 242	306	errest Rostof	
	PERMANENT RESIDENCE ADDRES	s: स्याई आवासीय पत			
DCCUPATION : अवसाय	Home makery			हेत) / UNMARRIED (अक्विहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आप	45,0001-tem	ily	(Attach Proof of (आय का साक्ष्य		
PAN No. स्थाई खाता संख ARE YOU AN INCOME T		Yes / N	io		
स्य आप आय कर दाता है	(जो मान्य हो उस पर मही का निशान लगाये।	हाँ / न AMILY DETAILS परिवा			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिकार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant आयेरक के साथ सम्बंध	
** " " " T	Raffilla	440	N	low	
	$-\mu$				
			10.00		
9.5-1		-		VI	
		No.			
	BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विना		hever is applicable)		
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे।		(A	tation Card ittach Copy) पर्भोक्ता कार्ड ही सामा प्रति संसान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
		REQUESTING ASSIS			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	भ्रात्वाल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची सुंलान Plagnosis NE Server				
	PLE Serile cataract				
	710 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1				
	Jurgory RIE SIG With Pring lines camp				
	ASSISTANCE BEING AVAILED इस उन्देश्य के हेतू कोई अ	for SAME "PURPOSE न्य सहायता किसी अन्य	" from OTHER SOUR स्वात से लिया गया हो?	CES	
Sr. No.	NAME of OTHER SOUR	CONTRACTOR OF THE PERSON NAMED IN COLUMN	The second secon	of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
क्रम संख्या	अन्य स्थात का नाम	1 90001		ya ng manadi uta	

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा गोगगा पत्र:

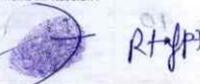
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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) में छोषणा करता है कि इस प्रारूप में दियं गये सभी विकाल मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सारी है। यदि कोई विकाश एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे हुए जो सहायक राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जो रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राक्त में घरा ग्रह्म है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायत होतु यह प्रार्थन को गई है, उस ग्रांश का आँगाक या सकत हिस्स किसी अन्य खेळिनियोजक जीमा कम्पनी से न तो लिया है और य ही घरिल्थ में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SIRES OF WAR)

- 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 प्रश्न का अपने इस्ताबर या अंगडे की छात लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सत्तमित को पुष्टि करता हूँ वृष "कोशिका फाउंडेसन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा अम, पता, फोड़ों और जो विनारण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याधना/था दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गोलिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यम से प्रसाति करने के लिय अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विकारण मेरे इलाज के खालों या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अलंदक) इस बात में सहमत हैं कि मेरा नाम, चता, कोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय असिय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदमा में शरराम्य या अंगूरे का निकान



AGREEMENT by HOSPITAL (FINNING BRI 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 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

हमारे अधिन्त, हस्ताक्षरी की ओर से मामले ग्रेगी को "कोशिका फाउन्हेंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की वाली है, जिसे हम (हरनताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न छं वर्तपान और न ही भविष्य में वितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य क्षेत्र से उसा रोगी/मामले में लेंगे या तो सो है, जैसे कि इमने "कोशिका काउन्देशन" से सिफासिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकत हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्माधन से सहायता तेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लो गई सहस्थत कोवल बिविय प्रकृति को है। होगी पर उस्पवल द्वारा पी गई ससाह या किये गवे उपचार/प्रक्रिया का पुनाब होगी एवं इस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशाब नहीं है। इसलिये हम्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूरिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

		DED FOR ACCEPTENCE के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन को नारीख 19 03 25 (Name of Dr. & Negn. No. with		Decree Vipathi Administrator Dryshi Celification & Milhorised Signatory Hospital के सेक्सिकी जे Hospital) Mohammus जीवारी आक्रिकी		
1 197	FOR INTERNAL USE of KOS			
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताधर 2		
(5	Seferezel	lit		

in the matter.