APP	THE STATE OF THE PARTY OF THE P	ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	(Healti (स्वास्थय	hcare) देखपाल)	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/03:		PLICATION DATE	102125	Building block of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	chamu	di Devi	AGE-YEARS	79 T		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME: TW	Haa Som				
Ridha	an Short	PRESENT RESIDENCE ADDRESS TO	होमान आवासीय पत् ति (३(३,८)	1	TO MENE	
	191Khite	y Shaha Jahan Push	U.p -2		labor lesta	
		Seime as abo				
OCCUPATION :	Homse 4	mitter	7	MARRIED (विवाहित	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	420	00 -		(Attach Proof of in (आय का साह्य स		
PAN No. THE THE T ARE YOU AN INCOME WELL AND AND BET STIM	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर सड़ी का निशान लगाये।	Yes / N			
		FAMILY	Y DETAILS परिवास	र विवरण		
Sr. No. क्रम संख्या	N.	ame of Family Member रिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender ਇੱਥ	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
		BASIS for REQUESTING ASSIST		never is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संतरण करे।		सहायता के लिये विनति आध EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संतन्त करे।	Ration Card (Attach Copy) उपभावता कार्ड (प्रमाण यह की सामा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
		"PURPOSE" for REG संहायता हेतु किये	DUESTING ASSIST			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
	Diagnosis (LE) Senite Cataract					
	(LE) Serile Calaract					
	Suggeon (LE) Sies with pmmg leng Comp					
		ASSISTANCE BEING AVAILED for S	AME PURPOSE	from OTHER SOURCE	s	
Sr. No.		इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य सा NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम	हायता किसी अन्य	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
क्रम संख्या		D.B.CS		2000	,	
				-50-		

DECLARATION by APPLICANT: जानेदक द्वारा घोषणा एउ:

- 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 घोषणा करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विकास मेरी जनकारी के अनुसार साथ एवं सभी है। यदि कोई विकास एवं कथन असाथ चया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा भी महायक राशि "कॉशिका फाउन्टेशन", में ली जा रही है, उसका उपक्षेप उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहस्थता होनु का प्रार्थना की गई है, दस गाँश का नाशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोठानियोगक बीम कन्यनी से न हो तिया है और न ही श्रविष्य में ल्हुमा

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक क्षार 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 प्राप्त पर अपने इस्ताकर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सतमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत्त, पतेंग्रे और जो विकास इस प्रपत्त में घोषित है, उसे "कोशिका" एवस् नामले, रान, पाणना/या दूसने उद्देश्य से जुड़ो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिसे किसी भी प्रस्तर माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्त का विकास मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अलंदक) इस बात में महमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में आर्थित है मुझे स्वत: सहायता का इकटार नहीं बनाता। इस सर्वाध में "कोशिका" एवम् उसके न्यामियों का निर्णय ऑस्य और वाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदमा के हासाधार या अंगुरे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इसावास द्वार करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 got 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 solo & 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 ऑपकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले येगी को "कोशका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश को जातो है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ले वर्तनान और न ही पविषय में विशिष सहस्तत किसी में सरकारी संस्थान के किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी,पामले में लेगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कॉशिका जाउन्डेशन" हारा सदद होतु कि है। विद "कॉशिका फाउन्डेशन" हारा सदावत विनति ऑशिक/सकत हेतु मन्तुद नहीं किया जाता है ते अस्मासल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूण्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्वयंत से लेता लेता है।
- के बीच का विचय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में ग्रेगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी विष्णेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्णिका चा विक्लेदारी इस मागले में नहीं होगी।

	RECOMMEND स्थीकृती	ED FOR ACCEPTENCE		
Date of Surgery ऑप्सेंसन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp डाक्टर का नाम व इस्ताकार व रिव न	6 Dr. Shrift Parity Eye (Name Destination & Stamp of Authorised Signatory		
	FOR INTERNAL USE of KOSH	IKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू		
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताभार ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यासी हाताशर 2		
8	funge	lice		