Mom- C- 24-03-0304

APP		DRM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय रे		Koshika foundation	
APPLICATION No. : आयेदन संख्या :	M103	24/1344	APPLICATION DATE :	2/14	Building block of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	1 1	l b	AGE-YEARS STE			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME Bhas	wat Saran	1			
	vicing of	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पता	wan Pyr		
Pardari	Opily	THE CHIEN CO	१९८ हर्फ - 2 : स्याई आवासीय पता	68305	Boe Post	
		Sume a	s above			
OCCUPATION :	F	omemiker			त) / UNMARRIED (अविवासित)	
कुल वार्षिक आप 36000 (-family) (आप का साक्ष्य संलग्न)						
PAN No. स्थाई खाता र ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / No डॉ / नर्ड	<u> </u>		
क्या आप आप कर दाता	ह (जा मान्य हा उ		WILY DETAILS परिवार			
Sr. No.		me of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant आवेद्ध के साथ सम्बंध	
कृप संक्ष्य	पा	रिवार के सदस्यों का ज्ञाम जिल्ला किया	डम् (वर्ष) 24-	िम् १००	अविदेश के साथ सम्बंध	
			Col.	1/	A	
2	_	Dujor Olevi	23	<u> </u>	Houghter in low	
9		Parachi	03	+	Cronland Joughter	
	_				0	
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति	ISTANCE (Tick whiche	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रचाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्मया प्रति संसान करे	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
4			REQUESTING ASSISTA कर्य गर्य विनती का उर्दर			
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	100	अस्पताल/डॉक्टर से जाएँ जी गई प्रतिबंदन सूची संसान				
	Mag	Daghosis ME Semile Cotanget				
	0	Us- Senile Cataract				
			- 9 -			
2	Swige	Surgeon the Sics with Roma (en comp				
O	7					
	1-1	11.4.1 (<u> </u>			
				Ann OTHER COURS	vee	
Ú		ASSISTANCE BEING AVAILED F इस उद्देश्य के हेतू कोई अन	or SAME "PURPOSE" प सहायता किसी अन्य स	वात से लिया गया हो?		
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम				
		Docs			20001-	
	-1					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

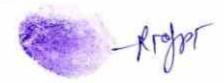
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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) मैं घोषणा करत हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साय एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे हारा को सबस्थता सांश "कोशिका फाउन्हेंग?" से शी का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कायेगा, जो इस प्रारूप में पर गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अशिक या सकत किसी कम्प बोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में सुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक क्रम 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 प्रत्य पर अपने इस्ताधर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि फरता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, फता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में फोफित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, छन, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गांतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेश नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कॉशका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्ताधर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल 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:

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, इस्ताक्षरी की ओर से मामानेशोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की खाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रफार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्कोत से उक्त रोगी/मामाने में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्हेशन"

से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" इस सहायता विनति ऑशिकासकल हेतु सन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस फून्ट में स्मष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्डेशन" से ली गई सहायत केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वार दी गई मलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनान रोगी पूर्व हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विज्ञेदारी ऐसी पूर्व हस्पताल को तोगी और "कोशिका" को कोई यूपिका या किय्येदारी इस यायले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FO स्वीकृती के लि	AMATER OF SERVICE STATES AND A		
Date of Surgery ऑपोलन की तारिख	Dr MAZHAR N. KHAN MISKUS NAS. FICO. U (Name of Dr. Brage) No with Stains) stack an all a skaller a viz 4.	Managar Administration Nome, Designation A Stamp of Authorised Signatory HC Day benefit of Mospital Mospital strate with 3 Granti		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA F	OUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतू		
Sid	GNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताका 2		
E	Sufuryel	liet E		