APP	LICATION FORM FOR ASSISTA सहायता हेत् आवेदन प्रारूप	AT A STATE OF THE	thcare) । देखपाल)	Koshika		
LPPLICATION No. : शवेदन संख्या : IAME of APPLICANT शवेदक का नाम	M/0328/1355	APPLICATION DATE		Building black of life.		
ATHER'S/SPOUSE'S			1 +			
	Samaraina	SOLD POOLS	4-441193	PORICO POSTE		
CCUPATION:	Home malcen		MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)		
OTAL ANNUAL INCO हुत वार्षिक आप	ME: 35/000/		(Attach Proof of Inc (आय का साह्य गाँउ			
AN No. स्थाई साला स RE YOU AN INCOME या अराप आप पर दाता	छन TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicabl है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	e): Yes/I		No.		
		FAMILY DETAILS परिव	हर विवरण			
Sr. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender स्थिम	Relation with Applicant आपेदक के साथ सम्बंध		
	Priatab	- go	<del>                                      </del>	Xe.		
	4-83	1				
		T				
	BASIS for REQUEST! सहायता के लिए	NG ASSISTANCE (Tick which	thever is applicable)			
BPL Card EWS (Attach Card Copy) (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य आप (प्रमाण पत्र को छामा प्रति संतान करे। (प्रमाण पत्र को		i Copy) (/ एव व	Ration Card Attach Copy) पर्भाक्ता कार्ड को सम्बा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
		SE" for REQUESTING ASSIS ता हेतु किये गये विनती का उ				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या	े अस्पताल/डॉक्टर से आरी की गई प्रतिवेदन सूची अंतरन					
	magnesis RIE soul appact					
	RIL senils catevant					
	pluryon RA	E 53CS	coith Pr	ing less Can		
				3		
	ASSISTANCE BEING AV	AILED for SAME "PURPOSE	E" from OTHER SOURCES			
0. 1	The state of the s	कोई अन्य सहायता किसी अन्य SOURCE		ASSISTANCE BEING AVAILED		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT OF	ली गई सहायता राशी		
	, अन्य प्रवात व	व नाम		CH. THE MINE STATE WASH.		
क्रम संख्या		1 नाम	30	t por		
	17 DC	3	20	n t		

## DECLARATION by APPLICANT: अवनेदक द्वारा योगगा 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.
- मैं भोषण करता हूँ कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवदण मेरी जनकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवदण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महासता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महत्त्वता राशि "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रक्रम में घरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सतायता होतु यह प्रार्थन की गई है, उस गति का अधिक या सकल विस्ता किसी अन्य प्रोतानियोजक बीमा कम्पनी से व तो लिया है और व वी प्रविध्य में लीगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (SHORES STO THER)

- 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 प्रचड पर अपने इस्तावर या अंगते की साप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पाउंडेशन और उसके न्याओपों "को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और जो विवास इस प्रपत्र में मोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, यावना/चा दुसरे उत्तरेश से जुड़ी गतिविधियों और उपलक्षियों के लिये किसी भी प्रमार साध्यम से प्रमार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका का उद्योग व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अलंदक) इस कत से सहयद हैं कि मेरा नाम, पता, कोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अधिक और आध्यकती होता।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आचेरक के हरराध्यर या अंगुते का निशान

RF4 pt

BENT by HOSPITAL (VESSE SIG 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.

हमते अधिकृत, हस्ताक्षरी भी और से मामले-दोगों को "बोशिका फाउन्हेशन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की जाते हैं, जिसे हम (हस्ताता) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) या कि न तो वर्गमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लंगे या ते रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका फाठ-ईशन" हो सिफारिश/विनित उक्त के सन्यंथ में "कोशिका फाउ-ईशन" इस मदर होतु कि है। यदि "कोशिका फाउ-ईशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेंदु सन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्वायन से सहायता लेने का अधिकत सुर्पाल रखता है। इस पुष्टि में स्यष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्विसीय मदद उक्त रोगी/मामले हेंतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सायत से नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केतल विकिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वार दी गई सल्वह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाम सुरक्षा और आने जाने की कारी किम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका था किम्मेदारी इस मामाने में नहीं होगी।

	RECOMME! स्वीक्ती	NDED FOR ACCEPTE के लिए संस्तुति	Dean Wrigathi		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इक्टर का नाम व हम्सामा के रहिल में		Dr. Sharity Eye Hospital Schadava (Name Designation & Stand of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हम्मताल अधिकृत अधिकारी		
	FOR INTERNAL USE of KO	SHIKA FOUNDATION	अन्तरिक उपयोग हेत्		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तावस 2		
Safaragel			2:1E		