APP		ORM FOR ASSISTANO हेत् आवेदन प्रारूप		thcare) ॥ देखभाल)	Koshika	
APPLICATION No. : आगेदन संख्या :	M103	25-1217	APPLICATION DATE	51	Building block of life.	
NAME of APPLICANT	. 11	11204	AGE-YEARS	आयु वर्ष SEX लिंग		
strace at an lalarian 58				M		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: S	acordan A I			OH LETTING MHS	
		PRESENT RESIDENCE ADD	RESS वर्तमान आवासीय प	खा	PASTE PHOTO HERE	
Paris	Parise	muchera	Kheri	Khesi	Poplat Bolded	
	TOLER	PERMANENT RESIDENCE ADDI	dosh - 26	2602	1000	
		PERMANENT RESIDENCE ADDI	सहिंड स्थाई आवासीय प	П		
	-	Just 168	about			
OCCUPATION:	ham	donalin		MARRIED (Railie	) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach P					ncome)	
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता सं	401	book family	4	(आय का साक्ष्य स	(सम्म)	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	Yes/			
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो र	उस पर सही का निशान लगाये।	र्श /			
Sr. No.		ame of Family Member	FAMILY DETAILS परिव Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	ų	परिवार के सदस्यों का नाम		लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
	- N					
	N'i th					
-		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये हि	ASSISTANCE (Tick which	hever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आयं वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पा		Ration Card Attach Copy) पभोक्ता कार्ड को साथा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof সৰ্ব কাৰ্য মাধ্য	
	17.75		for REQUESTING ASSIS हेतु किये गये बिनती का उ			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या	010	भित्रिक्त के अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न सिंहिक्त कि सिंह स्मित्रिक कि सिंह स्मित्रिक कि सिंह स्मित्रिक सिंह सिंह सिंह सिंह सिंह सिंह सिंह सिंह				
	1010	HIOPH	21			
	Re south cataract					
	Aurgery MIK Jack With Phina				en camp	
	1					
	1					
		ASSISTANCE BEING AVAIL	ED for SAME "PURPOSE	from OTHER SOURCE	5	
Sr. No.	-	इस उद्देश्य के हेतू कोई NAME of OTHER SO	अन्य सहायता किसी अन्य URCF		ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	अन्य स्त्रोत का नाम 🔷			सी गई प्रश्नवता ग्रेसी		
			<b>BBC</b>	500	7	

### DECLARATION by APPLICANT: आलंदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) 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.
- 2) 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
- 3) 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.
- में घोषणा करत हैं कि इस प्रास्थ में रिवे गये सभी विकाण मेरी व्यक्तारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई जिवरण इवं कथन असत्य प्राचा काता है जो मेरी महायदा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा ली है, उसका उपयोग उसी वर्दश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बरा गया है।
- में पुष्टि करता हैं कि विस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, तस सांश का आंशक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोल/नियोजक/बीमा कमानी से न तो शिवा है और न ही धविष्य में लिया

# AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराग)

- 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 Keshika 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 प्ररूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की साथ शंगाकर, मैं (आबेदक) अपनी स्वत्यति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्रोशिका फाउंडेशन और उसके व्यासीयों " को अधिकृष्ट करता हूँ कि मेरा साम, पता, फोटो और जो विवास इस प्रपत्र में मोशिस है, उसे "कोशिका" एतम् नदसी, दान, बाक्ना/बा दूसरे उद्देश्य से जूटी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिवृत है। मेरे प्रस्व का विकाण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडोमन" व न्यामी अधिवृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहसता हूँ कि मेरा जाम, पता, फरेटो और विसरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसकं नासियों का निर्णय अधिम और बाध्यकारी होगा।

#### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदम के हस्ताधर या अंगुते का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (SHORE DID 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

हम्यों अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर में मामलेपीयी को "क्षोशिया फाउन्होंनर" से विशिष स्थापता हेतु सिफारिश की पत्ती है, जिसे हम (हस्ताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं। वा कि न तो यर्तभान और न ही भविष्य में विशिष सहस्थता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उका ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, दैसे कि हमने "कोशिषा फाउन्डेशन" से मिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिक। फाउन्देशन" इस मदद ईतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" इस सहायता विनति ऑशिक/सकल हेंद्र मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी जन्म सन्माधन से सहाच्छा लेने का अधिकार मुर्रीच्छ रखता है। इस पृष्टि में स्पन्ट करा जाता है कि अस्पताल दिलीय सदद उका रोगी/मापले हेंदु किसी गैर सरकारों संस्था या किसी आन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

 "कोशिका फाउन्डेशन" में तो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। होगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विशय है और "कॉशिका काउन्हेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रमाल नहीं है। इसलिये हस्मताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्मताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुषिका या जिम्मेदारी इस सामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Date of Surgery** 

(Name of Dr. & Regn. No. with Stimp) 46

बाक्टर का नाम व शस्त्रक्षर व रिव. न.

lanty Eye

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम य पर हम्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

वासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2