MOM- C-24-03-1164

APF		RM FOR ASSISTANCE नुआवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय र		Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/03	24 1383 APP	LICATION DATE :	3/24	Building black of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम		kumar	AGE-YEARS STO			
FATHER'S/SPOUSE': पिता/कटुम्म का नाम	s NAME: Ma	kka			WARE- REST KUTSHR	
Durger	UHAN	al hagar Crownt	Sec 2	mucla.	Bell Post	
		Same as abo	ve			
OCCUPATION : व्यवसाय	10hr	Labour) / UNMARRIED (अविचात्रित)	
TOTAL ANNUAL INCO		31000 -		(Attach Proof of I (आय का साक्य र		
PAN No. स्थाई खाता । ARE YOU AN INCOM क्या आप आप कर दात	E TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): स पर मडी का निशान लगाये।	Yes / No हां / नह			
		FAMILY	PETAILS परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	Na परि	वार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender fein	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
	_	Joskovin	-15	m	Seh	
		BASIS for REQUESTING ASSISTA	ANCE (Tick which	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को हाया प्रति संलब्द करें।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ष प्रमाण पव (प्रमाण पत्र की छाच प्रति संलग्न करे।	Ration Card (Affach Copy) उपभोक्ता कार्ट हो। (प्रमाण पत्र की सावा प्रीष्ट संसम्ब करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
		"PURPOSE" for REC सहायता हेतु किये	UESTING ASSIST	ANCE: ४व:		
Sr. No. ऋम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जुडी को गई प्रतिबंदन सुन्ती संलग्न				
1	12	Diagnosis RE- Senile Cotaract				
	118- Senile Carteract					
-0	0011	Christies Die Sics with pinner Lens camp				
-08	(A) (B)	RIE SI	2 W	r busy	1 lens camp	
		ASSISTANCE BEING AVAILED for S इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य स	AME "PURPOSE" डापता किसी अन्य र	from OTHER SOURCE	ES	
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT	of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई सहायता राशी	
W-1 1150		DECS		2000 (-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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.
- 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.
- मैं भोषणा करता है कि इस प्रकृप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य पूर्व सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो भेरी सहायक्ष निरस्त की वा सकती है।
- में द्वार जो सहस्था राशि "कोशिका फाउन्टेशन", से सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यमा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सवायता हेतु का प्रार्थना की गई है, इस स्तित का आशिक या सकल किस्स किसी अन्य खोत/नियोक्क/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लुगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा 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 fuffilment 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताधर या ऑपने की काप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सक्ष्मीत की पुष्टि करता हूँ एवं "क्वांतिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिवृत करता हूँ कि येश गाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में मोबित हैं, उसे "कोशिका" एसम् न्यासी, रान, माचकाया दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी की प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। भेरे प्रयत का विवरण भेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडोंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यसियों का पिर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताधर या अंगुठे का मिश्जन

AGREEMENT by HOSPITAL (\$7450 \$10 \$70)

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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की और से मामले-दोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिथ सहायता हेतु सिफारिश की आती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न तो वर्तमान और न हो धविषय में वितिय सहायता किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उकत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोर्निका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित आंशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है से अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताथन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखात है। इस पृष्टि में स्थप कड़ा खाता है कि अस्पताल द्वितीय भरर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेंगन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव मुख्का और आने जाने की सारी विष्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "क्रांशिका" की कोई भूगिका या किम्मेदारी इस मानले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR ACC स्वीकृती के लिए संस्	THE AND MIC SER		
Date of Surgery ऑपरेशन की जारेख ं प्रिटिंग	Dr. MAZHAR N. KHAN N. En B. S.M. S. FILL (Name of Dr. B. Regn. No. Organ blain p) 85-11 spect on 114 of Hallet of the 1	(Name Designation a plants of Authorised Signatory of Densy of Postital) Min and victim silver stress:		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDA	TION अन्तरिक उपयोग हेत्		
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताकृत 2		
5	fugel	eit E		