MOPT (- 24-02 - 3341

APF		RM FOR ASSISTANCE रू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय		Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M1032	411399		03/24-	Building block of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	\sim	clome	AGE-YEARS ST			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम		anelax			2 4:24 H	
	0.9444	PRESENT RESIDENCE ADDRES	s वर्तमान आवासीय पत	Powaru	QQ+	
Sherlijhe	mpy P	PRIMARENT RESIDENCE ADDRES		4	Bu 100	
		Same at a	bove			
OCCUPATION :	Hon	enieker		*MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आप	OME: 25	000 (family	1)	(Attach Proof of Inc (आय का साक्ष्य मह		
PAN No. स्थाई खाता र ARE YOU AN INCOM क्या आप आप कर दांत	E TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes/No र्स/न	rî		
Sr. No.		me of Family Member	AMILY DETAILS परिवार Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
			_			
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनी	SSISTANCE (Tick which	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाणा प्रति संस्तर करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसम्ब	(At	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड ो अथा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
		सहायता हेतु	r REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उद्	देश्य:		
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	1	अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गुई प्रतिबंदन मुची संलग्न निवर था १० % १४				
	10	Dragnosis Rie-Kenile andalsict				
		()	L)	& serile	Cataract	
2	Llw	1400m f18, s	නි/(\$ භ)	the prima	Lew comp	
	1) I vice		1		
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतू कोई उ	for SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	s	
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता ग्रशी		
क्रम संख्या		Decs			2000 1-	
		e e				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोपणा 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 δ 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) में चोषण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पामा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) के द्वारा जो सहस्रता प्रति "कोशिका काउन्हेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि विश सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आंशिक था सकत हिस्सा किसी अन्य ब्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिष्य में लेगा।

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 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 प्रयत्न पर अपने इस्ताधर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि फाला हूँ एवं "क्लोशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा खम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में खेखित है, उसे "क्लोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचनात्र्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रमारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस यात से सहसत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "ब्रोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के ब्रस्ताधर या अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्लाल इस करा)

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 test that it is hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will

patient, is used on the arrangement between the patient & 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 अध्यक्त, इस्ताक्षण की ओर से मामलेगोगी को "कोशिका काउन्देशन" से किंदिय सहायता हेतु सिकारिश की व्यत्ती है, जिसे इन (इस्ताक्षण निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न व्यं वर्तमान और न ही पविषय महायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त शेगी/मामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

से सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उनत रोगी/मामले डेनू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता क्रोबल कितिय प्रकृति की है। संगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाय रोगी एवं हस्पताल से बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिल्लेदारी रोगी एवं हस्पताल.

की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस गामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR A	CCEPTENCE संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Roger No. With Staffiph CO 新報河明明 医胡椒素 養物 78911	(Name, Designation of States of Authorised Signatory (Name, Designatory States of Authorised Signatory St		
-	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUN	IDATION आनिरक रुपयोग हेतू		
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2		
(5	fugel	lite_		