APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमात)							Koshika	
APPLICATION No. : आमेरन संख्या :	आवेप	PLICATION DATE : 12-0 2 2 2 2 4			Suilding block of life			
NAME of APPLICANT:				AGE-YEARS SIT		SEX Rift		
आवेदक का नाम Kanna Ram				81		M	ARL WENT	
FATHER'S/SPOUSE'S। पिला/कटुम्प का नाम	NAME :	ngla Ram						
Williage - Veer	- bas .	RESENT RESIDENCE ADDR	1 1	1754 All	rpa		010	
Rajas		80110					PSEOP Postop	
1.75	Р	ERMANENT RESIDENCE ADDR		ार्व आवासीय पता	_			
		773 31.05						
OCCUPATION :	gymey	4-14			MA	RRIED (Pagilla)	) / UNMARRIED (অবিবারির)	
TOTAL ANNUAL INCOM बुल धार्षिक अप	ME: 5200				(A)	tuch Proof of I आय का साध्य र	ncome) इंसरन) NA	
PAN No. स्थाई खाता संर ARE YOU AN INCOME	TAY ASSESSEE	/ A (Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हा / नहीं	)			
TO SHE SHE SEE SHE	V-1-10-11 IN N	AND ADDRESS OF THE PARTY OF THE	FAMILY	DETAILS परिवार र्				
Sr. No. क्रम संख्या	Na Ti	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) तम् (वर्ष)		Gender स्टिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
			$\perp$		_			
		.\/						
	1	Mr.						
					_			
	-							
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTA ानति आधा	NCE (Tick whicher	ver is	applicable)		
BPL Car (Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण यत्र की सम्बा प्र	Copy) प्रमाण पत्र	EWS Certificate (Attach Certificate Cop: आप्य आप वर्ग प्रभाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संसन		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की क्रमा प्रति संतर		(१५) तर्द	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
				JESTING ASSISTA विनती का उद्देश				
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिवेदन सुधी संलग्न					12-11-12	
	न्नोवक्र	TOIGNOSIS RE - CENTLE CATARACT						
LE - SENZLE CHITHRHO								
							100	
Q Surgery - RE- SZCS WETH PMMA								
	0	1110				THE VIT		
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य को हेत् कोई					15	
Sr. No. ऋम संख्या		NAME of OTHER SOURC					f ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रही	
1	NII							
	-				-			
	-				_			

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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.
- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकृप में दिये गये सभी किवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई किवरण एवं कथन असत्य घाया बाता है तो मेरी सहायदा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सक्रायता राशि "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करत हैं कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थण की गई है, इस ग्रीश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खेत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न से लिया है और न ही पविषय में त्नैंग।

## AGREEMENT by APPLICANT (आगेरक 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 userpublish/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 essistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रथत पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, में (आवेदक) अवनी सहमति की पुष्टि करण मूँ एवं "कोतिका फाउंडेरल और उसके न्यासीयाँ "को अधिकृत करता हूँ कि पेरा चाय, पता, फोटो और जो विकाण इस प्रपत्र में पोषित है, उसे "कोशिका" एक्स् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उत्तरेश्य से जुडी गतिविधियों और उपलक्षियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यय से प्रसार करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्तावर या आंदरे का विशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पाल क्राप कपर)

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

हमारे अध्यक्ष्य, इस्ताक्षणे की ओर से सामलेशोगी को "कोतिका फाउन्होंतन" से वितिय सहायता हेंदू सिफारिश की खाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्म प्रकार 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 स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोतिका फाउन्होंगन"

से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोतिका फाउन्होंगन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोतिका फाउन्होंगन" इस सहायता विनति ऑशिकाश्रक्त हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है के अस्पताल किसी अन्य मा किसी अन्य सामाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्त रखता है। इस पूष्टि में स्थाट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल बितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आपरेशन की वारीख Dr. Mond. Ramoez Raze
अपरेशन की वारीख M.B.B.S. M.S. Ophthaimology

(Name of Dr. & Revenue of Market 2598 र न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

VOGESH YADAV

Assistant Administrator
(Name Designation of Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shroff's Charles of Hospital)

AttNAR (Park) आविष्क अधिकारो

SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

प्रिक्रियापुरी

in the matter.