APPLICATION IN IT. APPLICATION IN IT. APPLICATION AND IT. APPLICATION	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमात)						Koshika	
RANGE OF THE STATE	आवेदन संख्या : वि ७१२५ //९५० आवेदन विधी						Building block of life.	
RATHER SIPPOUSES NAME: PROBLEM 19: 19: 19 PRESENT RESIDENCE ADDRESS WHEN SWELLED TO THE STATE OF THE STATE OF THE STATE OF THE SWELLED TO THE STATE OF THE SWELLED TO THE				AGE-YEARS STIT-		SEX सिंग		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS UNITY UNITY UNITY PRESENT RESIDENCE ADDRESS UNITY UNITY UNITY UNITY PRESENT RESIDENCE ADDRESS UNITY	अस्वेदक का नाम हिन्दू माना			68		F	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS INFORMATION TO THE SOURCES PROBLEM TO THE PROBLEM OF THE STATE OF THE			Parsadi					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वर्ध आव्यातीय पता PERMANENT RESIDENCE (Parmily) (Attach Proof of focome) (Attach	College del		PRESENT RESIDENCE ADDRESS	5 वर्तमान आवासीय पर 73/54- 1/3/16	dia-		A CONTRACTOR	
PERMANEAT RESIDENCE ADDRESS; रखाई आव्यासीय पता TOTAL ANNUAL INCOME: PARTY PARTY	0	AND THE PARTY OF		7770	-10		0 .	
COCUPATION: JOMP MA MCY OPERAL ANNUAL MOOME: (Attach Proof of Income) FAMILY DETAILS THE TRIES OF THE Whichever is applicable): (Attach Proof of Income) FAMILY DETAILS THE TRIES THE Whichever is applicable): (I) (पृष्ठ) FAMILY DETAILS THE TRIES THE WHITH APPLICATE St. No. BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): (Attach Corpy) Tried (राज के पीर्च प्रमाण के लिए विकास के उपयोग माना BPL Card (Attach Corpy) Tried (राज के पीर्च प्रमाण के लिए विकास के लि	Raigs	than-30	035				Lost of fost of	
COCCUPATION:		P		the same of the sa	_			
PANILO TOTAL ANNUAL INCOME: Panilo आप			1.5 5000	-				
TOTAL ANNUAL INCOME: (अप का प्राचन के प्राचन	OCCUPATION:	ome mal	Ven		MA	ARRIED (Parille	त) / UNMARRIED (সহিপারিব)	
REF YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichevere is applicable): श्या आप आप कर यहा है (जो यान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। Sr. No. अस्म अस्म कर यहा है (जो यान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार BASIS for Requesting Assistance (Tick whichever is applicable) Relation with Applicant AND	TOTAL ANNUAL INCOM	(Attach Proof of I (आय का साह्य :			hicome) संसम्भ) NA			
FAMILY DETAILS 'परिवार विवरण अप संख्या परिवार के सहस्यों का नाम अब (पर्वार) Gender Relation with Applicant अवर संख्या परिवार के साम संख्या अवर के साम साम		क्या ।	AL					
FAMILY DETAILS 'परिवार विश्वरण Name of Family Member प्रिवार के सदस्यों का नाम अव (पंचार) अव (पंच	ARE YOU AN INCOME BUT SHY SHY BY CHI	TAX ASSESSEE है (जो मान्य हो उ	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes / N	हों)			
प्राप्त के सर्वों का नाम पितार के सर्वों का नाम पितार के सर्वों का नाम पितार के सर्वों का नाम प्रिक्र अवेदक के साथ सम्बंध प्राप्त अवेदक के साथ सम्बंध सम्बंधित अवेदक के साथ सम्बंध प्राप्त अवेदक के साथ सम्बंध सम्बंधित अवेदक के साथ सम्बंध प्राप्त अवेदक के साथ सम्बंध सम्बंधित अवेदक के साथ सम्बंध सम्बंध सम्व सम्बंध सम्व सम्बंध स								
1. ParaSaddi 65 M Son Q Akhhur 29 M Son Q Kamputri 38 F Mugh to 11/10 Uirended 13 M Geard Shirt and Finite State Copy (Attach Certificate Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को काला प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) Hasian को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को काला प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE Hairan हो किया प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE Hairan हो किया पत्रि संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE Hairan हो किया पत्र विनती का उर्दरेश: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कीकर से जारी की गई प्रकिदन सुची संसान Diagnosis RE SENTLE CHIPKEN Str Copy - LE SZCS (JLIN PIMPA) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES उस उर्दरश के हेतू कोई अन्य सहाया किसी अन्य स्त्रीत से पिता गया हो? NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का ना गया		No	Name of Family Member Age (Years)					
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND CONTROL CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND STUDIES AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND STUDIES AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND STUDIES AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND STUDIES AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) AND CONTROL BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HISTORY BEASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) AND CONTROL BEAS	क्रम सख्या	q	(वार क सदस्या का नाम	दस्या का नाम वस्र (वप)		1634	व्यवस्थ के साथ सम्बन	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) Hहावला के निर्म पिनति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्षमा प्रति संनान करे। **PURPOSE** for REQUESTING ASSISTANCE: सहावला होते किया प्रति संनान करे। **PURPOSE** for REQUESTING ASSISTANCE: सहावला होति के नाचे प्रमाण पत्र अर्थ क्षमा प्रति संनान करे। **PURPOSE** for REQUESTING ASSISTANCE: सहावला होति किया गये विभावी का उप्टेश्य: **Sr. No. **Medical Reports/Prescriptions Attached **SREATER** **PURPOSE** for REQUESTING ASSISTANCE: **HERMIN होति किया गये किया किया और प्रतिवेदन सूची संनान **PURPOSE** for REQUESTING ASSISTANCE: **HERMIN होति किया गये किया किया और प्रतिवेदन सूची संनान **PURPOSE** के स्वार्थ में विभाव किया और प्रतिवेदन सूची संनान **PURPOSE** के स्वार्थ में विभाव किया किया अर्थ में प्रतिवेदन सूची संनान **PURPOSE** के स्वार्थ के स्वार्थ के महामाल किया किया किया किया किया किया किया किया	1.	Poro	Perasadi			M	20,77	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) Hहावता के निर्म विमति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्षावा प्रति संनाम करे। **PURPOSE** for REQUESTING ASSISTANCE: सहावता है किये गये विमती का उप्रेपम स्वाध्या है किये गये विमती का उप्रेपम **St. No. **St. No. **St. No. **St. No. **St. No. **Assistance Being AVAILED for SAME "PURPOSE** from OTHER SOURCES **Ext. St. No. **Assistance Being AVAILED for SAME "PURPOSE** from OTHER SOURCES **Ext. St. No. **St. No. **Assistance Being AVAILED for SAME "PURPOSE** from OTHER SOURCES **Ext. St. No. **And with an and a sterior field only the state of the sterior of the sources **Ext. St. No. **Assistance Being AVAILED for SAME "PURPOSE** from OTHER SOURCES **Ext. St. No. **And with an and a sterior field only the st. St. No. **And with an and a sterior field only the st. St. No. **And with an and a sterior field only the st. St. No. **And with an and a sterior field only the st. St. No. **And with an and a st. St. N	9	101	'hhi'	09	1	h	Soh	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहारवात के लिए विश्वति आधार (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाल प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहारवात हेंतु किये गये विनती का उप्रयोगका करें। "PURPOSE" किया गये विनती का उप्रयोगका करें। अस्य कोई सालव अस्यालात डीक्टर से जारी की गई प्रतियोगन सुनी संसान अस्यालात डीक्टर से जारी की गई प्रतियोगन सुनी संसान अस्यालात डीक्टर से जारी की गई प्रतियोगन सुनी संसान अस्यालात डीक्टर से जारी की गई प्रतियोगन सुनी संसान अस्यालात डीक्टर से जारी की गई प्रतियोगन सुनी संसान अस्य स्वता के किया का नाम सुनी अन्य स्वता के से लिया गया हो? St. No. NAME of OTHER SOURCE अस्य संत्रीत का नाम	×	110000000000000000000000000000000000000						
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HEJURIN के लिये विनित्त आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण एव (Attach Copy) आल आय को प्रमाण एव (प्रमाण पव को स्था प्रति संलान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हैत किये गये विनित्त को अर्थप्रति संलान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हैत किये गये विनित्त को उद्देश्यः Sc. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविवेदन सूची संलान **PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेता से लिया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेता से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वेता का गय	3.					2	0	
BPL Card (Attach Card Copy) परीची रेखा के तीचे प्रमाण पव (प्रमाण पव की छावा प्रति संसान करें। **PURPOSE** for REQUESTING ASSISTANCE **BEND CARD **SEND CARD **SEND CARD **CARD CARD (प्रमाण पव की छावा प्रति संसान करें। **PURPOSE** for REQUESTING ASSISTANCE: **Hहायवा हैं। किये गये विवासी का उत्देश्य: **Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सुची संहान **DOMOSIS RE SEND E CHIPNEST **SEND E CHIPNEST **ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्देश्य के हेंगू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से विवास गया हो? **SEND E SEND E CHIPNEST **ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्देश्य के हेंगू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से विवास गया हो? **SEND E SEND E CHIPNEST **ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्देश्य के हेंगू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से विवास गया हो? **AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता ग्रंगी	4,-	Vises	endoca	13	M		Gerandson	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा के तीचे प्रमाण पव (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE साहायता है कि गर्थ विन्ती का गर्दरगर "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE साहायता है कि गर्थ विन्ती का गर्दरगर "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE साहायता है कि गर्थ विन्ती का गर्दरगर "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE साहायता है कि गर्थ विन्ती का गर्दरगर "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पव को छावा प्रति संसान करें। "PURPOSE" है उसके प्रति संसान करें। "PURPOSE" करें विन्या पव के हैं विन्या प्रति संसान करें। "PURPOSE" करें विन्या प्रमाण पव के हैं विन्या प्रति संसान करें। "PURPOSE" करें								
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाना प्रति संलग्द करे। (प्रमाण पत्र को छाना प्रति संलग्द क			BASIS for REQUESTING AS सहावता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which	never is	applicable)		
सहायता हैं। किये गये विनती का उत्देश्यः Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची सतान अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची सतान (E SENTILE CATARACT Str किया — LE SZCS LITTI PINITIA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का गाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रंगी	(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के बीचे प्रमाण एव		(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रयाण पत्र	A) VE	(Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड		Basis/Proof	
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुनी संतरन Brandsis RE								
Surgery — LE SZCS WITH PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का गाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहावता ग्रंशी	Sr. No.							
Surgery — LE SZCS LILIT PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्केत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्कोत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रेशी	क्रम संख्या		अस्पवाल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संतरन					
Surfley - LE SZCS LITT PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य सहोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थेत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रंगी	1	27						
Surfley — LE SICS WITH PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दरय के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थेत में लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थेत का गाम अन्य स्थेत का गाम ली गई सहायता एगी		10						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य को हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का गाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रेगी			TE ZENTTE CHINKING					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य को हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का गाम ली गई सहायता ग्रेगी		4,7	direction of the second of the					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता फिसी अन्य स्टोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का गाम ली गई सहायता एशी	S Challeral - 14 - CTC LATH Dmmn							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जन संख्या अन्य स्थेत का गाम ली गई सहायता एशी	- X	Surjey - to 323 this Final						
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED अन्य स्थोत का नाम ली गई सहायता ग्रेशी		EST TOTAL		44.0		Of the Park Control		
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम ली गई सहायता ग्रेशी				1-70	-	The same of the same of		
क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता ग्रंगी	4-		ASSISTANCE BEING AVAILED I	for SAME "PURPOSE" य सहायता किसी अन्य	' from C स्थोत से	THER SOURC लिया गया हो?	ES	
WH 100H				CE				
Nill Nill	क्रम संख्या		अन्य स्त्रीत का नाम				त्या पर सहस्यत च्या	
		Nil						
		147						

DECLARATION by APPLICANT: अहबेट्स 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.
- 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) मैं घोषण करत हूँ कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सती है। यदि कोई विकास एवं कवन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहामता स्ति। "कोशिका फाउन्टेशन", से सी जा सही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस फ्रांकर में पर गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस गांति का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खेत/नियोजक/बीम्स कम्पनी से न तो तिया है और न ही परिच्या में लिया।

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 प्रयत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फठडेडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याधनात्र्या इसरे उद्देश्य से जुड़ी यतिकिषियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाज्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



AGREEMENT by HOSPITAL (EMINE ETT WIT)

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 ओर से यामले-योगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहाक्षा हेतु सिकारिश की काती है, जिसे हम (हस्ताता) निन्न प्रकार से यान्य व स्थांकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो मंदिष्य में वितिय सहायशा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त येगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिकारिश/वितित उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" हात सहाय पात्र हैं। यदि "कोशिका फाउन्देशन" ह्या सहायता विनित्त आरिशक/सकता हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्थातत किसी अन्य सैन्या या किसी अन्य सन्साथन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्तित रखता है। इस पृष्टि में स्थाद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उक्त येगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोग।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंचल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर हरमताल द्वारा यो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव सेगी एवं हरमताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हरमताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने वाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हरमताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्मिका या जिम्मेदारी इस मामले प्रेन्भिड़ी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति TADAV **Date of Surgery** Dr. Mohd. Rameez Ruza Assistant Administrator ऑपरेशन की तारीख M.B.B.S. M.S. Ophthalmology (Name, Designation & State of Athonical Signatory (Name of Dr. & Regn. #1009y\$jamp) Add Wet mit (of this pital) नाम व पद हस्यताल अधिकृत अधिकारी PREG NO DIMENTAL 1950A आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2