

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika Foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	Blz24/2889.	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	23/12/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Age-Years वय-वर्ष		SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	Kempananjiach	70	m.	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: तालाकोटे अधिकारी वास स्थान:	कलमन जात्यासाय चतु			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: निवास स्थान:		स्थाइ अधिकारी वास		
OCCUPATION: अवश्यकता:	unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)			
PAN No.: स्थाई खाता संख्या:				
E YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो भान्ड हो उस पर सही का निशान लगायें।	Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
<i>[Large empty box for family details]</i>				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरित आधार:				
BPL Card (Attach Cpy'd Copy) गरीबी रोका के नीचे प्रमाण पत्र (उपरान पर की जाया छाँट संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अट्ट्य आय वाले प्रमाण पत्र (उपरान पर की जाया प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपरान पर की जाया प्रति संलग्न करें।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से लाए जाने वाले गई प्रतिवेदन नक्ती संलग्न			
①	DIAGNOSIS : RF cutis tract LF cutis act			
Emergency - RF cutis tract -				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लोग सहायता राखी		
①	DBCA	2000/-		

## DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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.
- 1) मैं प्राप्त करता हूं कि इस फॉर्म के दिए गए सभी विवरण मेंी जलनकारी के अनुकान सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मैं सहायता निवार की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यांत्रिक फाउंडेशन, से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में चर्चा एवं चर्चा एवं चर्चा है।
- 3) मैं पुर्ण करता हूं कि इस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गाँव का आवश्यक या सकल विस्तृत किसी भौतिक वीथ कम्पनी में न ली जाया है और न ही भविष्य में ली जाएगी।

## AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) यह अवधि पर अपने हस्ताक्षर या अंगठी की जाप नहाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की पूर्ति करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नवाचारों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, गाँव और जो विवरण इस प्रयोग में दर्शित है, उसे "कोशिका" द्वारा नामांकी, दाता, याचनाया दूसरे उद्देश्य में जुही गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार याचना में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयोग का विवरण में इसका एवं पक्षते या बाद में कहाँ के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नवाचार अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बाहर से सहायता हूं कि ये नाम, पता, गाँव और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में दर्शित हैं पूर्ण रूप सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके नवाचारों का विविध अविवाद और बाधकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगठी का निशान

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल द्वारा करार)

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.

हाथों अधिकृत, हस्पातल की ओर से मान्यताप्रीती को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विस्तृति की जाती है, जिसे हम (हस्पातल) इस्तेमाल में याचन व सहायता करते हैं।

- 1) यह कि मैं तो सहित और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उसी गैरीयालाई में लौंगे या से रहे हैं, जैसे कि इसमें "कोशिका फाउंडेशन" से विविधविवित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह देता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार मुख्यता रखता है। इस पूर्ण में स्वाप्न कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यह उक्त गैरीयालाई हेतु विविध गैर साकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं संगठित होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता एकल विविध प्रकृति की है। गैरीया पर हस्पातल द्वारा दी गई सहायता या जिसे एवं उपचार/प्रक्रिया का नाम देती एवं हस्पातल के द्वारा दिया है उक्त "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिए हस्पातल में गैरीया के इसका गुण और उक्त जाने की गाँवी विविधता देखी एवं हस्पातल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवरणी इस पास होनी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए सम्मतिMr. Lakshminath N.  
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)  
C-104, Thimmaish Road, Miller Tank Bed Area  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पर हस्पातल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
जीवंत की तारीख

83/12/24

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
Orthopaedic & Rehabilitation Specialist,  
KMC Nashik 44

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नवाचार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवाचार 2