C18/12/0279 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखाचाल) oundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: | | | | 9 A 0119 0682 आवेदन प्रथिया : Building block of life. आयेदन डिप्पी Jagdish Balai NAME of APPLICANT: AGE-YEARS STE-SE SEX RM अर्थेएक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Kajod Balli चिता/कटुम्य का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तवान अवस्थित प VIII-Bhudiyawas 10h hanagars, Dist Rajasthan PYLL OP. Post of PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्टाई आयानीय पटा Jagdish 0682 as above Balas OCCUPATION: Farmer व्यवसाय MARRIED (Settle) / UNMARRIED (Afterlite) TOTAL ANNUAL INCOME: 75000 (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आव (आप का साध्य ग्रीतन्त्र) PAN No. स्थाई साता संस्थ ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / Fo क्य आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर वहीं का निरान संगापे। FAMILY DETAILS THERE Name of Family Member Sr. No. Age (Years) उम्र (यर्प) Gender Relation with Applicant क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का गुन जावेदक के साथ सम्बंध JOHNIL 30 m Dukmoens 35 cludhtes BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सतामञ्ज के शिषे विपति आधार BPL Card EWS Certificate (Attack Certificate Copy) Ration Card (Altach Copy) (Attach Card Copy) Any Other गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत अस्य आप वर्ष प्रमाण एव Basis/Proof उपनेक्त भाई (प्रमान पर की साथ प्रति गंतल हरे। (प्रचम पत्र की साथ प्रति संतान करे। जन्य कोई साक्ष्य (प्रयान पत्र की क्राया प्रति संसाप करे) "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: मकायता हेतु विजे गये विगती का रहरेश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पतास्त्रज्ञांक्टर से व्यर्ध की गई प्रतिवेदन सुधी संसान Diaghoris ale -LM8C Surgery UE- SICS + TOL ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संस्था अन्य प्रमोत्त मा नाम सी गई शतागता एशी SCPh

DECLARATION by APPLICANT: HORNE DIE THYSE THE

- 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, Nany, liable for rejection/cancellation.
- I scientify 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 8 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि गोई विवास एवं कथा असाम पाय जाता है तो मेरी सहावता निसत की का सकती है।
- 2) मेरे द्वार को सहरका एति "कॉरिका माजनीशन", से की का रही है, उसका उनकेन उसी क्रेस्ट की पूर्वि के सिन्दे किया कार्यक, को इस प्रक्रम में करा गण है।
- 3) मैं एप्टि करता है कि जिस स्वापक्ष हेत पत प्रार्थक की गई है, इस दक्षि का स्विधिय प सकत किसी करन संदर्शनयोगक बामनी से न तो तित्व है और न ही चीच्या में सुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (MORE DO 1000)

- 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 प्रश्न पर अपने इसाख्या या अंग्रों की प्राप्त (एमानार, में (आनेएस) अपनी पहचीर की पुष्ट काता मूँ एवं "कोशिस्त कार्यर्शन और उसके न्यासीयों " को अधिवृत करता मूँ कि मेरा कम, प्राप्त और जो कियान इस प्रप्त में मीशिस है, उसे "कोशिस्त प्रयम् न्यासी, एन, यास्त्राच्या दूसने उद्देश्य से जुड़ी परिविधिकों और उपलब्ध में किसी भी प्रसार नाम्यम से प्रशासिक कार्य के लिए "कोशिस्त्र के लिए "कोशिस्त्र कार्य की प्रसार कार्य की प्रसार कार्य के प्रशास के पहले या कार्य में कार्य कोशिस्त्र कार्य की अधिवृत की अधिवृत है।
- 2) मैं (आचेएक) इस बात में मात्रमत हूँ कि मेंच नाम, पात, फोटो और निवास जो कि सक्तापत के उन्देश्यों से प्राधित है मुझे त्यात सहायता का करपार नहीं क्यांका इस सम्बंध में "कोतिका" एकन् उसके नाशियों का निर्णय ऑडिंग और वाप्यकार्य शोधाः

APPLICANT'S BIONATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION; SPRICE IN PROPERTY OF SPRICE OF THUMB



AGREEMENT by HOSPITAL (VERSIT BY WOL)

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 assentially 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 will assume sole & complete responsibility of the treatment & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.
- हमारे अधिकृत, हस्ताधरी की और से पानलेशीयों को "कॉरिश्य पानन्येश" से विदेश सहायदा हेंदू शिवारिश को कार्त हैं, जिसे हम (हस्त्याल) तिन प्रवल से मान्य व स्थोक्तर करते हैं।

 1) यह कि न से वर्गपान और म ही परित्य सहायदा किसी पैर सामग्री गरियान का विश्वी अन्य शरीत से अन्य सेपीएग्याले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इनके "कॉरिश्य पानन्येशन" से सिकारिश/विनित कार्य में "कॉरिश्य पानन्येशन" हात पदद हेंदू कि हैं। यदि "लंकिश्य पानन्येशन" हात सामग्री क्षा कर से सम्बद्ध में "कॉरिश्य पानन्येशन" हात पदि अन्यापत से सम्बद्ध में स्था कर के से अन्यापत की सम्बद्ध में स्था प्रवास में स्था प्रवास में स्था प्रवास में सामग्री संख्य पर सिक्स कर सम्बद्ध से में स्था प्रवास में स्था प्रवास में सामग्री संख्य पर सिक्स कर स्था पर सिक्स कर स्था पर सिक्स कर स्था में सिकारिश में स्था पर सिक्स कर सिक्स में सिकारिश में स्था पर सिक्स में सिकारिश में में में में सिकारिश में में सिकारिश में सिकारिश में सिकारिश में में सिकारिश में सिक
- 2. "कॉलिका फारन्देश" से ली गई सहस्ता क्षेत्रल विशेष प्रकृति की है। देगी पर इल्लाल द्वाद पी गई सलझ पर किये वर्ष प्रमाद्यक्तिया का पुताब देखी एवं इल्लाल के बीच का किया है और "कंशिका फारन्देशन" द्वार कियी प्रकार का कोई प्रवाद को है। इस्तिलं इल्लाल में देशे को इलाव सुरक्ष और को को को को किये पूर्व इल्लाल को कोरी और "कंशिका" की कोई पूर्वका या विव्यवद्या एक पानले में पही होगी।

PECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery
अपंत्रत के सर्गत

MS (OPHTHAL)

(Name of Period Authorised Signatory

(Name

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION SHIPES SPEN EQ.
SIGNATURE OF TRUSTEE 1 SIGNATURE

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी वनतावार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी वनतावार 2

पितास्त्री वनतावार 2

in the matter.