C1010210588

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)						Koshika
APPLICATION No. : 대한단 참당대 :	Alos	APPLICATION DATE Suiting block of 1				
NAME of APPLICANT : रावेदक का जम	Dozimal			GE-YEARS SITE	धर्ष sex सिंग M	
ATHER SISPOUSE'S NA पता/कटुम्म का नाम	ME: Tm	AM Khan	naree who	e wande var		78 8
Vilage -	Lapala	, 18h		Tizaka		preop. Postop
800st -	HILIAL	MANENT RESIDENCE AD	けんなつ IDRESS: 早初	अवासीय पता		0114 Jormal
		as Abav	10	X.		
OCCUPATION :	farmer					हिल) / UNMARRIED (अविवाहित)
FOTAL ANNUAL INCOME बुल वार्षिक आय	80,00				(Attach Proof c (জাৰ কা মাক	of Income) व संस्था १५४२
PAN No. स्याई खाता संख्य ARE YOU AN INCOME TA		/१-। ick whichever is applicab । पर सही का निशान लगाये।	le):	Yes / No इत / नेहीं		
	Name of Family Member		FAMILY	DETAILS परिवार 1 ge (Years)	Gender	Relation with Applicant आयेदक के साम सम्बद्ध
Sr. No. फ्रम्स संख्या	परि	परिवार के सदस्यों का चम		ट्या (वर्ष)	सिंग	आवंदक के साथ सम्बंध
(1)	Jahid Khah		27		m	Son
		BASIS for REQUEST सहायता के लि	TING ASSISTA त्ये विनति आधा	NCE (Tick whiche ?	wer is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संतरण करें।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अन्य वर्ष प्रमाग पत्र (प्रमाग पत्र की छाचा प्रति संलग्न करें।		(Att	tion Card ach Copy) वेक्डा कार्ड इस्या प्रदि संसान क	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्य
		"PURPI	OSE" for REQ	JESTING ASSIST	ANCE: स्य:	
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मतास्थडींबटर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संस					लग्न
क्रम संख्या	Diagnosis - RE - IMSC					
	0		TE	- 1	msc	
	-					
av	Suggery - RE-Phase + JOI					
		ASSISTANCE BEING	AVAILED for S त कोई अन्य शा	AME "PURPOSE"	from OTHER SO खोत से लिया गया	URCES 81?
Sr. No. क्रम संख्य	NAME of OTHER SO			JRCE AMO		UNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता रासी
0	122	EH				
			_			

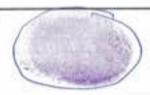
DECLARATION by APPLICANT: SPRING THE WAYS WE!

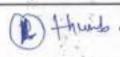
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assists liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 ar for which this assistance is requested.
- मैं घीएण काता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सारी है। चरि कोई विकास एवं कथन अवत्य पाना जाता है तो मेरी सवायता निरस्त की जा सकती है
- 2) मेरे द्वारा जो सहाज्ञा राशि "क्षेत्रिका फाउन्देशन", से ली का खी है, उसका उपयोग उसी डरेस्प की पूर्वि के लिये किया जायेग, जो इस प्रारूप में भए गया है।
- मैं पुष्ट करत हैं कि दिस महागत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रांत का अहिक या सकत दिस्सा कियों अन्य क्षेत्र/नियोक्क/बीया कम्पनी से न तो तिया है और न ही पविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHIPE THE WOLL)

- 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 modium, 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.
- इस प्रपट पर अपने हस्ताधर या अंग्डे की कार लगका, मैं (आमेरक) अपने सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोनिका फाउंडेगन और उसके न्यासीमें " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा यम, पत, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासो, राम, याबना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत 🚉 मेरे प्रपत्र का विकास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायत के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे नका: सहायत का हकदार नहीं बनात। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्मय उदिय और बाध्यकारी होया।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: अरबेदक के इस्ताधा या अंगूर्त का निशान





AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पतास इस 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.

हमारे अधिकृत, हरताक्षरी की ओर से पामले/पोनी को "कोशिका जाउन्देशन" से विशिष सहामात हेतु सिकारिक की जाते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं। 1) यह कि न तो क्ट्रंपन और न ही पविष्य में वितिन सहस्पत किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उक्त रोगी-पापले में लेंगे पा ले रहे हैं, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिक्तीस्थिति उना के सम्बद्ध में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वार गरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वापता निनीत अशिकासकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धाधन से सहाका। लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर तका रोगी/ममले हेतु किसी पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में शी र्या ग्रहापत अंथल विशिष प्रकृति की है। रोगों पर इस्यतल द्वार यी गर्व सतह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनव रोगों एवं इस्पतल के बीच कर विषय है और "वोशिका परठ-वेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्थाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरेख्य और आरे जाने की सारी विम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पृथिका या किम्मेदारी इस मापले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE MASSEY रवीकृती के लिए संस्तुति Administrator Date of Surgery Dr. Shroffs Eye Heapital, Alway ऑगरेहन को उर्गय (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name GOr, & Regn-No-Wiff Stamp) on behalf of Hospital) नाम व पर हरमताल अधिकृत अधिकारी बाधर का नाम व हस्ताक्षर व रजि, न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 2 धासी हनताश्वर ।