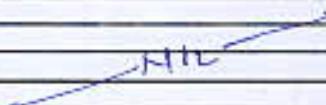


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	F/0623/0063 (315123)	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	03/06/23
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Mrs. Shundamme, N.C.	AGE-YEARS आयु-वर्ष	76
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुर्य का नाम	Katrina Kolan	SEX लिंग	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता B-11 Green Field Colony, Faizabad			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Kesala			
OCCUPATION: अपना काम	H/w	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़) ~	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	Rs. 80,000/- (Family Income)		
PAN No. स्पाइ छाता संख्या :-			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप अय कर दाता हैं (जो मात्र हो उस पर सही का विश्वास लायें।)			
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
(1)	Sunil	55	M
			Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशी आपस			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वाले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत अति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गये विनाशी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से बारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	Diag:- LE Cataract		
	Syr:- LE Phaco + IOL		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED सो रुप्त सहायता गरी	
			

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 लोगों करता हूं कि इस प्रकार मेरे सभी विवरण भी जानकारी के अनुसार यथा यथा नहीं हैं। यदि कोई विवरण यह कठिन अस्तित्व यथा जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा यह सहायता गाँधी "कोशिका फाउंडेशन", से तो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की नृत्य के लिए किया जाता है, जो इस प्राप्ति में प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विवर सहायता हेतु यह प्राप्ति नहीं है, उस राशि का आवश्यक यह तबला दिसा किसी अन्य स्थान/नियोजक बोर्ड वर्गीय से न हो लिया है और वही चलना में है।

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.

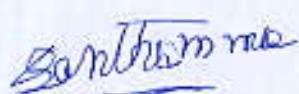
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार यह आपने हस्ताक्षर या अंगूठे की डाप लगाकर, मैं (अवेदक) आपने सहायता की पुष्टि करता हूं यह "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पास, फोटो और यह विवरण इस प्रकार में बांधित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, यज्ञनाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उचलाविधियों के लिए किसी भी प्रसार याप्ति से असंतुष्ट रहते के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इताब के पहले या बदले में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पास, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है नुस्खे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासों का निर्भय अनुमति और नाम्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक द्वारा हस्ताक्षर या अंगूठे 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.

हांगर अधिकृत, हस्पातल द्वारा योगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवर सहायता हेतु विफरिती भी जाते हैं, जिसे हम (हस्पातल) निज प्रकार से मान व अवैकार करते हैं।

1) यह कि न हो जर्जिन और न हो भविष्य में विविध सहायता विकासी और साकारी संस्थान या विविध अन्य स्थीत से उक्त गोपीयामते में लोगों या लोगों के लिए हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरित विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध अविकार/सकल हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गोपीय साकारी संस्थान या विविध अन्य संस्थान से सहायता हेतु को अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्विगोपीय बदल उक्त गोपीयामते हेतु किसी नेर साकारी संस्था या विविध अन्य संस्थान से नहीं लेंगे।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से तो तो गई सहायता लेने वाले विविध स्थानों को ही गोपीय प्रकार का कोई बदल नहीं है। इसलिए हस्पातल में गोपीय के इताब सुखात और आने जाने को सही विवेदिती रोगी एवं इस्पताल की होंगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवेदिती इस गोपीय में नहीं होंगी।

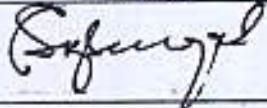
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगोद्धार की तिथि		 Dr. Rohit Harrison Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Chief Administrative Officer Shroff Eye Centre व पर हस्पातल अधिकारी on behalf of Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्पातल का ऐड. नं.		FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्पातल ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्पातल ।

