APPL	(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल)			Koshika			
APPLICATION No.:	10490	3/0014	APPLICATION DATE	1. ~	1	Building t	
NAME of APPLICANT:				AGE-YEARS SHE THE SEX FRE		A PAR	
States on the James			62			ZAMINI	
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्म का नाम	AME:	Sommas				MACES + OF 7 SAMLES	
Laejion	aura	PRESENT RESIDENCE ADDRESS PLANT PONDS A PERMANENT RESIDENCE ADDRESS AMOUNT PROPERTY AND A PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	HUNDED INTRACTOR	house) Julian	Boop postop	
OCCUPATION :	fae	inen		LMA	RRIED (Paris	ম) / UNMARRIED (अदिवाहित)	
व्यवसाय FOTAL ANNUAL INCOME कृत वार्षिक अप	001	000/	Lance III	(At	tach Proof of अप का साक्ष्य	Income)	
PAN No. स्थाई साला संस्थ	E . (
ARE YOU AN INCOME TA इया आप आप कर दाता है	AX ASSESSEE (जो मान्य हो र	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes / N				
		FA	MILY DETAILS परिवा				
Sr. No. क्रम संख्या	N.	ame of Family Member रिकार, के सदस्यों का नाम ।	Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के माथ सम्बध	
(1)	-5	akeel Aham	30	- 1	ч	Son	
3	AN	ISH AHMAN	N		ч	pon	
		BASIS for REQUESTING ASS सहायशा के लिये विपति		hever is a	spplicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को नीचे प्रभाण पत्र (प्रगण पत्र को साथा प्रति संतरन करे।		A) 75	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण एत्र की साथा प्रति संतन्न करें।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
			REQUESTING ASSIST				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/बॉक्टर से आरो की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न							
							1 senil Lataract
	1				107		
4	Jung 19	4 48 150	s with)	PMM	ia 1814 Camp	
	0						
		ASSISTANCE BEING AVAILED TO	SAME PURPOSE	from OT	THER SOURCE	ES	
Sr. No.	इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो NAME of OTHER SOURCE AMOUN					of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम			u	शो गई सहायता राशी	
		050			Your		
				_			

DECLARATION by APPLICANT: अरावेटक द्वारा पोपणा 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.
- 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.
- मैं योषण करता है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार साल एवं सब्री है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य जाता है जो मेरी सहस्था निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का जी है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में घर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि विस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोतानियोजक बीधा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHEETS SHE THE

- 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 प्रदेश पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो जिवशण इस प्रपत्न में फोबिन है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, राम, याचना/या दूसरे उद्देश्य से बुडी गतिनिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या नाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) में (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहस्थता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रॉलिका" पताम उसके न्यासियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हरशाधा या अंगुते का निशान

Logh

AGREEMENT by HOSPITAL (EVERIN ERI WATE)

By affixing herounder, 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
- हमारे अधिकृत, हस्ताधारी की जोर से मामले-रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से विशेष सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न से धर्मधान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उका रोगी/पायले में लेंगे ख ले खे हैं, कैसे कि उपने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिप्पारिश/विनति उका के सन्वय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदर होतु कि हैं। यि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिकालकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्वाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षण रहा पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्मताल द्वितीय मदद उका रोगी/फायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्टेशन" से लो गई सहायदा केवल विक्तिय प्रकृति को है। येगी पर इस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुन्छन रोगी एवं इस्पताल के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवाण नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रमिका या जिम्मेदारी इस यायले में नहीं होगी।

		IDED FOR ACCEPTENCE के लिए संस्तुति	Deepak Tripathi Administrator		
Date of Surgery ऑगरेश की तारीख	M.B.B.S. M.S U P.M. 115579 (Name of Dr. & Regn. No. with Stam sinct का नाम के इस्ताकार के विस्. म.	np)	Hospita Stamp of Authorised Signatory (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) वस व पर इस्स्वास अध्यक्ष अध्यक्षि		
-	FOR INTERNAL USE of KOS	SHIKA FOUNDATION	आन्तरिक उपयोग हेत्		
110-30	URE of TRUSTEE 1 शभी इस्ताक्षर (SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताबर 2			
Sx	fungel		lile		