APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखगाल)						Koshika
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE : 03 / ७५। आवेदन तिथी		04/25	Building block of life.
NAME OF APPLICANT: Damodon			AGE-YEARS जायु-२		SEX fein	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: NE	Kseram				
1380 35 1 30 113	- A	PRESENT RESIDENCE ADDRES	s वर्तमान आवासीय प	ai		
53, NO	igla be	idu onsh magli	a bihari			PASTE PHOTO HERE
Mundan	2 dist	ermanent residence address	h कर्तु का 3 U इ: स्थाई आवासीय पत	, p. ;	104213	Pereop Postop
		same as	above			7 7
OCCUPATION :	Lob	our		M	ARRIED (Frank)	। ग) / UNMARRIED (जविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of कुल वार्षिक आय ५६००) (आय का सास्य						
PAN No. स्थाई खाता संर						
ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE (है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): म. पर सडी का निशान लगाये।	Yes// हां/			
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	5. 1.51. 11.11. (1.1)		AMILY DETAILS परिव	र विवरण		
Sr. No. क्रम संख्या	Na	me of Family Member	Age (Years)		Gender लिंग	Relation with Applicant
अभ लख्या		वार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)		F-	आवेदक को साथ सम्बध (WC) (<
7.	Suned		30	30 m		son
7				-		
7.						
					17	
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick whic । आधार	hever is	applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्तरन क	A) 3	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छामा प्रति संलन्द करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
=			REQUESTING ASSIS किये गये विनती का उ			
Sr. No.						
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग					
RE- Cataract						
	LE- Cataract					
Swid Cou - CE) - SICS + PMMA						Pal Will
						C L Dan to N
Swig ery - (E) - SIES + PMMH						
		ASSISTANCE BEING AVAILED ! इस उद्देश्य के हेतू कोई अन				S
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE		100		f ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रशी
क्रम संख्या	ABCS	अन्य स्त्रोत का नाम		2	0001-	CA - A MOUNT OUT
				10	2.10.9	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पांत्रणा 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.
- 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 योषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार नस्य एवं सजी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सवायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये फिया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सक्तपता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का भागिक या सकल विस्सा किसी अन्य ग्रोत/निवासक/बीचा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविध्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा अस्तर)

- 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अगठे को लाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मंश नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में पोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पाचनात्र्या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिशिक्षियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आर्थरक) इस बात से सहस्ता है कि मेरा कम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहाजता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहस्ता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के एस्ताका या अंगते का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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

assistance from Koshika Foundation is only inturced 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, हस्ताक्षरी की और से मानते/रोगों को "कोशिका फाउन्बेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की वाती है, विसे हम (हस्यतान) निम्म प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहस्यता किसी गैर सरकारो संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उवत रोगो/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनीत उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनीत ऑशिक,सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मताल द्विवीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मताल द्विवीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मताल द्विवीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी

2. "कॉशिका फाउन्हेंशन" में लो गई सहायता केवल विरिच प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वार दो गई सलाह या किये गये उपचार प्रक्रिया का कुछ कुछ स्थताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा कियी प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और को बीच के प्रणा पूर्व इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विष्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery अपरेशन को तारीख

(Name of Dr. & Regn. No with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर च रजि. न. (Name, Designation Disho of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व यह हस्यवाल अधिकत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Sufungel

न्यासी इस्ताक्षर 1