AWR- C-25-04-0600

APPL	(Healthcare) (स्वास्थय देखभात)			Koshika		
APPLICATION No.: Alouas 0043			PPLICATION DATE: K DY 25			Building block of life.
NAME of APPLICANT :	111199	1 22 1	AGE-YEARS 3	पु-वर्ग	SEX तिर्ग	1000
आवेरक का नाम किन्नुक वि			74		14	
FATHER'S/SPOUSE'S N	IAME :	1 -				
transfer as an		PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पत	1		
WILD P- Bhis			· Thunlun			
Pat	asthan-	34251.5				
100	PE	MANENT RESIDENCE ADDRESS	: स्थाई आवासीय पता			Preop Posla
		Pk glove				
OCCUPATION :				-	pour /forth	ল) / UNMARRIED (পৰিবাৰিন)
TOTAL ANNUAL INCOME:			(Attach Proof of			
बृत गार्षिक आप	51,00	0	4 1	10	आय का साह्य	tiem) NA
PAN No. स्थाई साता संख	国と		Yes/N	1		
क्या आप आय कर दाता है	(जो मान्य श्रो उस	पर सड़ी का निशान लगाये।	हर्द् / न	हो /		
			ILY DETAILS परिवार			Deletine with A P4
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender सिंग	Relation with Applicant असर्वेदक, के साथ सम्बध
1	Holeshma		60		4	wye
2.	Nevesh		.32	.32 m		Son
3.		197				
,			1			
			1			

		BASIS for REQUESTING ASSI सहायता के लिये विनति ।	STANCE (Tick which	ever is	applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संसन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्षाया प्रति संसान करे।	(At	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की सभा प्रति संतर्भ करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
			EQUESTING ASSIST			
Sr. No.	Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से कारी की गई प्रतिषेदन सूची संलग्न					
-1.	Diagnosis RE - Sente Cataralt					
IE - Senile Cutorust						
2 SUXGEXY - LE-STLS WITH PHIME						
	00					
						1
		ASSISTANCE BEING AVAILED to इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य				ES
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थीत का नाम				of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
अन्य सार्थमा	Nill				TH. (10.10), 101.	
1	NUL					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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, sable 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.
- 1) में योषण करता है कि इस प्रारूप में दियं गये सभी विवस्था मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सबी है। यदि कोई विवस्था एवं कवन असाय प्राया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महायना रहित "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की चूर्त के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में परा गया है।
- में पुष्टि करता है कि विस सहायद हेतु वह प्रार्थन की गई है, उस सींग का भारिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न शी चित्रम में लिया

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक क्रम करार)

- 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 fuffilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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 प्रयत पर अपने वस्ताकर या अंगडे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सत्तपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंदेशन और उसके न्यासीचों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रशासित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्त का विवरण मेरे इसाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंतन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से महमत हूँ कि मेरा नाम, फात, फोटो और विवरण जो कि सक्तापता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सक्तापता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रोंतिका" एनम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारों होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंग्रते का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (EFFIRIT BID WITE)

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 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, हस्ताक्ष्मी की ओर से मामले-रोगी को "कोशिका फाउन्होंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, विसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से साम्य व स्वीकार कारते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होंशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्होंशन" हाथ मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्होंशन" हाथ सदद किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्वाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षण रक्षण है। इस पृष्टि में स्थाद कहा जाता है कि अस्यताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साम्या से सही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायत केवल वितिय प्रकृति को है। येगी पर इस्पताल द्वार दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बॉच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नही है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई पुनिका या जिम्मेदारी है इस मामले में नहीं होगी।

Or. Mohd. Rameez Reselled के लिए संस्तृति RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE M.B.B.S. M.S. Ophthalmology Date of Surgery FICO (UK) Assistant Administrator ऑपरेशन की तारीख (Name of the street, No. with Stamp) (Name, Beriffwitton & Stang of Althorised Signatory Agn/behalt of Hospital) भाम व पर हस्यकात अधिकार अधिकारी विश्वेदर की नाम व हस्ताक्षर व रवि. न. आनारिक उपयोग हेत FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर ।