APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)					Koshika	
APPLICATION No.: आयेदन संख्या : NAME of APPLICAN आयेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE	M 1042	S/0046	APPLICATION DATE HRIPET तिथी 0 0	104128	hiork of life	
hahyaha	1 ,	PRESENT RESIDENCE ADDRESS SAMD HATVA SAMDHATVA CHAN PROBLEM CONTROL PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	स्याई आवासीय पत	4-2307	PASTE PHOTO HERE  POST OP POCO P	
OCCUPATION:	1	lome maken	_	MARRIED (Saules	() / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INC कुल वार्षिक अप	357	1 0000		(Attach Proof of i (आय का सास्य र		
PAN No. स्थाई खावा ARE YOU AN INCOM	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	Yes / F			
क्या आप आय कर दार	त ह (जा मान्य हा	उस पर सही का निशान लगाये। FAM	हाँ / न MLY DETAILS परिवा			
Sr. No. क्रम संख्या	*O1	ame of Family Member रिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender fein	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
			99			
		9				
	Ú	BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति ३	STANCE (Tick which	haver is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा के तीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसन्द करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की समा प्रति संतरन करें)	A) 75	tation Card ttach Copy) प्रभोक्ता कार्ड ही छाया प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
			EQUESTING ASSIS			
Sr. No. क्रम संख्या	Mag	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रेश सूची संलग्न				
	Ret serile cateract					
	In			A		
-/	Jung	ery RES	215 CI	ofth PM	ma tens cam	
		ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME "PURPOSE"	* from OTHER SOURCE	8	
Sr. No.	1	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य NAME of OTHER SOURCE	सहायता किसी अन्य	स्वात से लिया गया हो? AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या		अक्र संबंध का नाम		ली गई सहायता राशी		
	-					

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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, liable for rejection/cancellation.
- i solemnty 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) में घोषणा करता रें कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सती है। परि कोई विवरण एवं कथन असाथ पास जाता है तो मेरी महायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सता ता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का तही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया वायेपा, को इस प्रक्रम में भग गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का अशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खेत/नियोक्क/बीम कम्पनी से न तो तिया है और न ही पश्चिम में लूँग।

## AGREEMENT by APPLICANT ( SHREET TO SER!)

- 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 प्रत्य पर अपने इस्ताक्षा या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्रोतिका फाउंडेस्त और उसके न्यासीचों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो तिवाण इस प्रपत्र में फोबित है, उसे "क्रोतिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "क्रोतिका फाउउँसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (जावंदक) इस बात से सहसत हूँ कि मेरा शाम, पता, फोटो और विधारण जो कि सतामता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वतः सहायता का कक्यार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हाताधर या अंगुठे का नियान



## AGREEMENT by HOSPITAL (Equipm grit with)

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, हस्ताक्ष्मों की ओर से मामलेशीयों को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्त्वाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तवान और न हो भविष्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले खे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश/बिनीट उक्त के सम्बर्ध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मान्य के स्वाधिक अन्य से से किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बर्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्टेशन" से ती गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की है। देगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किसे गये उपवाद/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाब सुरक्षा और आने वाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई प्रमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख MESS.M.S UP. 115579

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताकार व रवि. न. Dr. Shrail Strator

Dr. Sh

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ৰ যুহ হুম্বাল অধিকৃত অধিকাট

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताबर 2

Sofungel

lit