Mom - C-28-08-1715

APPI		ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थ्य	Carlotte Could's	Koshika	
APPLICATION No. : आयेदन संख्या : NAME of APPLICANT :		125/0068	APPLICATION DATE	09/25	Building block of life.	
अवेदक का नाम		veen kaur	66			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME:	Bakshish	Singh		AM SERVICE OF SOME SERVICES	
Kampu			anda	(Now	PASTE PHOTO HERE	
	0 8	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	- 2626 । स्थाई आवासीय पती	104	burg Postop	
OCCUPATION:		1				
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOM		Home maker	v		) / UNMARRIED (अविवाहित)	
कृत वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संस	4	your fa	mily	(Attach Proof of In (अहर्य का सास्य सं	icome) (元(4)	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हां / ना	rî .		
Sr. No.	T 10	FAI amo of Family Member	MILY DETAILS परिवार Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	्र प	रेवार के सदस्यों का नी	उम्र (वर्ष)	लिंग	आवंदक के साथ सम्बंध	
U	40	Styl Styl	30	М	Son	
					121.	
			~			
	24					
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति		ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीकी रेखा के नीचे ग्रमाण पत्र (ग्रमाण पत्र को सामा ग्रीट संस्थन करे।		(Attach Certificate Copy) (Atta अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभ		ution Card tach Copy) पोक्ता कार्ड । खबा प्रति संसम्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
			REQUESTING ASSIST क्रमे गर्म विनती का उद्दे		- /	
Sr. No.		Mo	Medical Reports/Prescriptions Attached			
क्रम संख्या	भ्रम्यताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सही बेलन्न					
	45 sente Cataract					
	MAN	Margery HE SICS with Porma lens can				
	Jany	un de 27		1 10	my (cro cam	
		ASSISTANCE BEING AVAILED fo इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य	or SAME "PURPOSE" सत्तयता किसी अन्य र	from OTHER SOURCE: श्रोत में लिया गया हो?		
Sr. No.	T	NAME of OTHER SOURCE A			ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
क्रम संख्या	अन्य स्त्रोत का नाम			रा गा सहाया। वहा		
				(1)	4	

## 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, 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.
- 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 assir tance is requested.
- 1) में चोपण करत है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सकी है। यदि कोई विकास एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निवस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका काउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु पह प्रार्थना की गई है, उस राशि का लाशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खेत/नियोक्क/बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही घरिष्य में लुँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (SINGE BU WIT)

- 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 प्रथत पर अपने इस्ताधर या अंगटे की छाप तराकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवास इस प्रथत में भोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, रान, वासकान्य इसरे उन्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार साध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथत का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहस्थता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे ज्वत: सहस्थता का उकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवप उसके न्यासियों का निर्णय औरम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगृडे का निवान

RAJP+

## AGREEMENT by HOSPITAL (अनपताल द्वारा अरार)

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:

- 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.
   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, हश्ताक्षरों भी ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से विशेष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निग्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमार और न ही भविष्य में वितिय सहायश किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उका रोगी/पायले में लेंगे या तो रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उका के सन्वय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायश विनति अशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया बाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्वायण तेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण्ट में स्थ्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथव से नहीं लेग्छलेगी।
- 2 "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाब सुरक्षा और आने वाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई धूनिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. Juhi Panecon	MENDED FOR ACCEPTENCE Administrator भूती के लिए संस्तृति Dr. Shroff's-Cashiv Eve
Date of Surgery M.B. D.S. IVI.S U.P.W. 1557 (Name of Dr. & Regn. No. with डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रहि	9 Moham Moha
FOR INTERNAL USE of	KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यसी इस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2
Sufungel	lier