APPLICATION NO.: MOUSE DOTO APPLICANT AGE-YEARS bing-red SEX flot AGE-YEARS bing-red AGE-YEARS	API	PLICATION FORM सहायता हेतू अ			ithcare) य देखपाल)	Koshika
AGE-YEARS birg-will SEX Reformation with Applicant spread of the proof	APPLICATION No. :	MIDUSOI	0.500	APPLICATION DAT	101125	1100 100
ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME : 1900 FOR SAME 1900 FOR	Company of the Part Co.		0070			
AND PRESENT RESIDENCE ADDRESS STORY STORY STORY OF THE PROPERTY OF THE PROPER	आवेरक का नाम		0	1 -7/	1 6	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) REPLACED BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) REPLACED BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) REPLACED AND CARRIE (Tick whichever is applicable) REPLACED BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) REPLACED AND CARRIE (Tick whichever is applicable) REPLACED AND CARRIE (Tick whichever is applicable) REPLACED AND CARRIE (Tick whichever is applicable) REPLACED AND CARRIES (TICK whichever is applicable) AND CARRIES (TICK whichever is appl	FATHER'S/SPOUSE': पिता/कटुम्म का नाम	NAME:	har Ran	A selma amanin		A STATE OF THE PARTY OF THE PAR
क्रिया प्राप्त के से प्राप्त प्रथम के हिल क्रिया कर्म कर्म क्रिया क्रया क्रिया क्रिया क्रिया क्रिया क्रया क्रिया क्रया क्		NA KUM UHAN PERMA	PUH SULLA	TA NO MAI	K DO M IDI	Transfer of the Control of the Contr
(Attach Proof of Income) कुल जाणिक अप (अंदा का मार्च्य संदान) PAN No. रखरें खाता संख्य FAMILY DETAILS. परिवार विवारण FAMILY DETAILS. परिवार विवार	OCCUPATION : व्यवसाय	Mon	le maker	V	MARRIED (Rail	हेत) / UNMARRIED (अविवाहित)
REFUGUAN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): पा आप अर यहा है (जो आन्य हो उस पर सही का निवान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार शिवरण शिवरण FAMILY DETAILS परिवार शिवरण FAMILY DETAILS VERY FAMILY	कुल वार्षिक अय	20,				
St. No. St. No. Name of Family Member परिस्ता के ताम परिस्ता के ताम परिस्ता के साम सम्बंध ताम परिस्ता के स्वाम सम्बंध ताम	ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick w	hichever is applicable):	Yes /	नही	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) REFUL Card (Attach Card Copy) गरीमी रेखा के तीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ मां मिला की उद्देश्यः Sr. No. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के बेलू की अन्य साथला किसी अन्य साथ में मिला गया औ? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के बेलू की अन्य साथला किसी अन्य साथ में मिला गया औ? AMAIN OTHER SOURCE Sr. No. BALLED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के बेलू की अन्य साथला किसी अन्य साथ में मिला गया औ? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED St. No. BALLED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के बेलू का की अन्य साथला किसी अन्य साथ में मिला गया औ? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED St. No. BALLED for SAME PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के बेलू का नाम प्रमाण मां मां मिला गया की?	Sr No	Name of	Family Member			Relation with Applicant
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के रिसर्व विवति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरिवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रयाण पत्र को खाव प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता के हिंद किये गरे मिनती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेंदू किये गरे मिनती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेंदू किये गरे मिनती का उद्देश्यः अन्य कोई सावय "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेंदू किये गरे मिनती का उद्देश्यः अस्य कोई सावय "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेंदू किये गरे मिनती का उद्देश्यः अस्य कोई सावय "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेंदू किये गरे मिनती का उद्देश्यः अस्य कोई सावय "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेंदू किये गरे मिनती का उद्देश्यः अस्य कोई सावय "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता होते कियो का उद्देश्यः अस्य कोई सावय "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता होते कियो का उद्देश्यः अस्य कोई सावय "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता होते कियो का उद्देश्यः अस्य कोई सावय "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE अस्य के कोई सावय "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE अस्य के		परिवार के	सदस्यों का नाम	तम् (वर्ष)		आवेदक के साथ सम्बध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायदा के लिये विवादि आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाच्च प्रीह संसम्ब करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता करें "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता करें "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता है संसम्ब करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता है स्वरंग को विवादी का उत्तरेग्द। Sr. No. Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्माल/ळॉक्टर से जारी को गई प्रतिकृति सुची संलगन ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से निया गया को? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वेतू का नाम संस्था अन्य स्वेतू का नाम संस्था लेते से स्वरंगता रहते	-	UNEIN		80	M	401
सहायता के लिये विनित्त आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता है है किये गर्न विनित्त को उन्देश्य है आप संसान "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता है है किये गर्न विनित्त को उन्देश्य "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता है है किये गर्न विनित्त को उन्देश्य "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता है है किये गर्न विनित्त को उन्देश्य "PURPOSE" for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हैतु कहें अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से तिमा गया हो? Sr. No. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हैतु कहें अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से तिमा गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेग स्वरंदियता राही	(2)	Ade	rh	27	М	Son
BPL Card (Attach Card Copy) गरिवो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाचा प्रक्षि संसम् करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गवे विकास को उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गवे विकास को उद्देश्य: Sr. No. Se म संख्या Assistance Being Availed for Same "PURPOSE" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत में तिया गव्य हो? Sr. No. Assistance Being Availed for Same "PURPOSE" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत में तिया गव्य हो? Sr. No. Sr. No. Assistance Being Availed for Same "PURPOSE" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत में तिया गव्य हो? NAME of Other Source हम उद्देश्य के हित् कई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत में तिया गव्य हो? NAME of Other Source हम गई सहायता गरी					chever is applicable)	
(Attach Card Copy) गरियो रेखा के तीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खाया प्रीक्ष संस्था पत्र (प्रमाण पत्र को खाया प्रीक्ष संस्था पत्र को खाया प्रीक्ष पत्र को खाया प्रीक्ष पत्र को खाया प्रीक्ष पत्र प्राचित्र से चारा पत्र प्राचित्र से चारा प्रीक्ष पत्र प्राचित्र से चारा पत्र को स्था पत्र को से व्यवस्था पत्र के से व्यवस्था से किसी अन्य संबंध से वित्र प्राचित्र प्राचित्र पत्र से संबंध से वित्र प्राचित्र पत्र से संबंध से व्यवस्था पत्र के से व्यवस्था पत्र के से व्यवस्था पत्र के से व्यवस्था पत्र के से व्यवस्था प्राचित्र प्राचित्र प्राचित्र प्रीचित्र से संबंधा प्राचित्र प्राचित्र प्रीचित्र से संबंधा प्राचित्र से संबंधा प्राचित्र से प्राचित्र प	991.0		590 N S 0	ानात आधार	24 2 1	
प्राचित हेतु किये गये विश्वती का उद्देश्यः Sr. No. क्रम संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from Other SOurces इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत में तिया गया हो? Sr. No. NAME of Other SOurce अन्य स्वीत का नाम	(Attach Care गरीबी रेखा के ती	i Copy) वे ग्रमाण पत्र	(Attach Certificate Cop अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र	(Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड		Basis/Proof
अस्पतालाहाँकरर से जारी को गई प्रतिक्षेत्र सूची संलग्न पह अस्पतालाहाँकरर से जारी को गई प्रतिक्षित सूची संलग्न पह अस्पतालाहाँकरर से जारी को गई प्रतिकार स्वाधित स्वाध						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य सताम में तिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थेतु का नाम ली गई सहायता गशी	Sr. No.					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य संबंध से तिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थेत का नाम	क्रम संख्या					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम ली गई सहायता राशी		1 996				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम ली गई सहायता राशी						
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत में लिया गया ही? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कम संख्या अन्य स्थात का नाम सहायता राशी		Surgery	4E 5	yy w	th PM	ng Ian Cam
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया ही? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कम संख्या अन्य स्थात का नाम सहायता राशी		1 0 0				
क्रम संख्या अन्य स्थान का नाम ली गई सहस्यता राशी		AS	इस उद्देश्य के हेतू कोई	ED for SAME PURPOS अन्य सहायता किसी अन्य	र स्त्रोत से लिया गया हो?	GE B
- 1 ass			NAME of OTHER SO अन्य त्यांत् का ना	URCE	AMOUNT	of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
			Disc		200	0 1

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.
- 2) 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) में घोषणा करता हैं ह इस प्ररूप ने दिये गये सभी विवरण नेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। परि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी लडायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "क्षोशिका फाउन्देशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यगा, जो इस प्रकृष में घरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहापता हैं। यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य मोत/नियोवक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to userpublish/put-uprreproduce 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 प्रयद पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाप, पांटों और तो विकास इस प्रयद में घोषिता है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिकिथियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारत करने के लिए "कांशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (अवंदक) इस कत से सहयत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विधारण जो कि संबायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पुढ़ों स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "काशिका" एवम उसके न्याधियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हम्लाधर या अंगुटे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (THIRT IN WOR)

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:

- I) 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
- 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 ऑफक्ट, इस्ताधरी को ओर से यामले.पोगी को "कोशिका फाउन्टेशन" से थितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इय (इस्ताता) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

 1) यह कि न तो बहंचान और न हो श्रीवच्य में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उसा रोगी.पायले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्टेशन"

 से सिफारिश/बिनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा राह्यपता विनति ऑफिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्माशल किसी अन्य मन्द्रापता किसी अन्य समाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यका रखता है। इस पूर्वर में स्वयंद कता जाता है कि अस्माशल द्वितीय मदद उक्त रोगी.पामले हेतु किसी गैर सरकारी संख्या या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्टेंशन" से ली गई सहायता कोकल वितिय प्रकृति की है। येगी पर इस्पताल द्वार दी गई सलाड या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव येगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में येगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विस्मेदारी येगी एवं इस्पताल की होये और "कोशिका" को कोई प्रिका पर विस्मेदारी इस पापले में नहीं होगी।

Administrator RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE 19 Eye स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery Hospital Mohamin (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न. नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION असनरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 नकसी हस्ताक्षा । न्यासी इस्ताक्षर 2