C-25-07-0/18

				AR I
	ATION FORM FOR ASSIST हायता हेतू आवेदन प्रारूप		hcare) देखमाल)	Koshika
APPLICATION No. :	01	APPLICATION DATE	103-07-25	Building block of life.
अशवेदन पंख्या :	A 0725 027	आवंदन तिथा		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Ram kishan	AGE-YEARS 3		
FATHER S/SPOUSE'S NAM	Æ:	740		
पिता/कटुम्भ का नाम	Mohar Sir	dh .		
village- Kanks	PRESENT RESIDENCE	Address वर्तमान आवासीय प्र	· Alwar	
Rolas	than- 321605			
	PERMANENT RESIDENCE	ADDRESS : स्याई आवासीय पत	T .	0 1
	RS	Above		Preop Postop
				, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
OCCUPATION:	rner		The second secon	त) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME	= -01		(Attach Proof of (उसम का सास्य	Income)
कुल वार्षिक आप	39000 -		्याच का सार्थ	संतम्न) NA
PAN No. THE BIRL THE	NH ACCEPCE (Tolander)	ablel: Yes /	No	
ARE YOU AN INCOME TAX	( ASSESSEE (Tick whichever is applic ओ मान्य हो उस पर सही का निशान लग	ablej. । । । । । । । । । । । । । । । । । । ।		
70.0		FAMILY DETAILS परिव		
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उप्र (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध
1	Binala	80	E	culfe
1	13	00		
2.	Ohrambee &	25	M	Son
-				
3.				
1	BASIS for REQUI	ESTING ASSISTANCE (Tick whi लिये विनति आधार	chever is applicable)	
BPL Card EWS Cert (Attach Card Copy) (Attach Certifi गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्प आय वर्ग (प्रमाण पत्र की स्थाप प्रति संस्थन करे। (प्रमाण पत्र को स्थ		ste Copy) ( प्रमाण पत्र	Ration Card Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड को खगा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
		tPOSE" for REQUESTING ASSI		
Sr. No.		Medical Reports/Pre		
ज्ञम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
8.3.350		^ -	100	
1. Siagnosis DE-PCTOL				
1	0	IF-SPY	Ile aten	0/1
		IF- SPV	116 (479)	41.7
9	SUNGPRY - LE- SICS WITH PMMA			
	00			
	7			
	इस उद्देश्य के	3 AVAILED for SAME "PURPOS हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन	प स्बोत से लिया गया हो?	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली. गई. सहायता. राशी	
301 TOTAL	1	T. HIW W.L.		
	NIII			
			-	

## 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 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 चोचना करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी आनकारी के अनुसार साथ एवं सही है। मीर कोई विवरण एवं कथन असस्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्ता की जा सकती है।
- मेरे झग जो सवापता गाँत "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेया, जो इस प्ररूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सतायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रीश का आरिशक या सकल दिस्सा किसी अन्य खोता/नियोजक/बीमा कस्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लेंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवरक हारा 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 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.
- इस प्रश्त पर अपने इस्ताबर या अंगते की छाव लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फार्टडेशन और उसके न्यासीयों " को अध्यक्त करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोर्ट्स और जो विकाश इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एन, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी की प्रश्न माध्यम से प्रसारित करने के लिए ऑध्यक्त है। मेरे प्रश्न का विकाश मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, परेटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पाल द्वार 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 patient. The choice of the treatment/propedure advised/conducted by the Hospital on the

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, हस्ताक्ती की ओर से सामलेपीगी को "कोशिका पाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्मताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो यांचान और न हो शिषण में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/पायले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिपप्रिश्त/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति अधिकार-सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राधत रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका जाउन्देशन" से ली गई सहापता कंशल विविध प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाब रोगी एवं इस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सरी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई पीमका या जिम्मेदारी इस म्हणाले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए		
Date of Surgery ऑपरेशन की वरीख U 11 25	Dr. Mohd. Rameez Reza M.B.B.S. M.S. Ophthalmology FICO (UK) RAME of Dr. & Renn No. With States)	Assistant Administrator Dr. Shroff's Charity Eva Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) वाम व पर इस्पताल अध्यक्त आध्यक्त	
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOR	UNDATION आनंतिक उपयोग हेत्	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताभर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तक्षर 2	
(5	fungel	lich E	