MOM- C-25-09-0726

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य रेखपाल)						Koshika		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M10925	10304	आवेदम		09/25	Building block of life.		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Ram 1	ali	4	GE-YEARS HE	-वर्ष SEX कि	(ग		
PATHER SISPOUSE'S PURITY BIT HIT	Dujai	PRESENT RESIDENCE AD	TI De	ान आवासीय पता VOY Y ()	Rang	AND		
	PEI	MANENT RESIDENCE AD	DRESS: PA		26790	Buop Poetop		
OCCUPATION:	and ma	KOTLI '			MARRIED (I	विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आव	ME:	34,000/-	family	,	(Attach Pro (आय का र	of of income) साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई स्थाता स ARE YOU AN INCOME ह्या आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE (T	ick whichever is applicable । पर सड़ी का निशान लगाये।		Yes / No हाँ / नहीं	1			
				DETAILS परिकार ge (Years)	The second secon	Deletion with Applicant		
Sr. No. क्रम संख्या	Nan परि	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम			Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध		
		BASIS for REQUEST! सहायता के लिये	NG ASSISTA विनति आधा	NCE (Tick which (ever is applicab	ole)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काम प्रति संसन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की समा प्रति संतरन करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कथा प्रति संतन्त करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
		"PURPO	SE" for REQU ता हेतु किये ग	JESTING ASSIST ाये विनती का उद्दे	ANCE:			
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ढॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
	Dignosis RE Service Cataract							
	Storgerry 26 Strice Carming							
		RIG STCS Pring 70C				Can mp		
		VD 916	9 1	L. L. L. L.		Control of the contro		
		ASSISTANCE BEING AV	/AILED for Sa कोई अन्य सह	AME "PURPOSE" ापता किसी अन्य	'from OTHER S स्बोत से लिया गय	SOURCES वा हो?		
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		
		Docs				20001-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वार 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 resection/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) मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। मदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायश राति "कोशिका फावन्डेशन", में ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्ररूप में परा गया है।
- मैं पुष्ट करत है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस शांत का आंत्रिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/निधोणक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मिनमा मैं तुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक दारा 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/putilish/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 उपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता है एवं "कांशिका चार्त्रदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा गाम, पता, फोटो और तो विकास इस प्रपत्र में पायित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और तप्तास्थियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रमात का विवास मेरे इसाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउड़ेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, चता, फोटो और विवास जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बन्ताना इस सन्वंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और वाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आनेदक के हस्ताधर या अंगूठे का निशान



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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी भी और से मामलेशीयों को "कोशिका कावन्बेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ले वर्तवान और न ही पविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोपी/मामले में लेंगे या ले खे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पाउन्देशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकता हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है ले अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रक्षणा है। इस पूर्णिट में स्पष्ट कता कात है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोपी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोरिका फाटन्देशन" से ली गई सहायता कंवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पूर्व इस्पताल
- के बीच का विचय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हम्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अर्थ जाने की सारी जिल्लेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिल्लेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती को लिए संस्तृति Date of Surgery ऑपरेतन को ज्योग Dr. Akash Kuma M.B.B.S. M.S. (Name b) P. WKG (Note to Surject Surject) (Name b) P. WKG (Note to Surject) (Name b) P. WKG (Note