MOM- (-25-09-414

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय रेखपात)					Koshika foundation	
APPLICATION No. :	Mleane	10404	APPLICATION DATE :	109/25	Building black of life.	
AVAILED TO A COLUMN		10404	AGE-YEARS SIG	- वर्ष sex सिंग		
AME of APPLICANT : विदक्तका नाम		let solet	59.	M.		
		Khan Mishra	29	15.7		
KTHER'S/SPOUSE'S । त/कटुम्म का नाम	NAME Charle	Ram				
		PRESENT RESIDENCE AUGRESS	वर्तमान आवासीय प्ता			
AL. NO	140	11 OST - STANKE	and u	a Kant		
Po sha	hjahanfu	ech august	ankin) of	1001	MINE REPLETATION SET REPLETATION	
		RMANENT RESIDENCE ADDRESS	: स्थाई आधासीय पता		4 E14 HCM 512 421	
		Same as ab	ouc-		Bu op Pastop	
		11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-			Bu op Pastop	
CCUPATION:				MARRIED (BRIS	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
MARIN FORMETT						
TAL ANNUAL INCOM লে বার্ষিক জায	WE: 2	10001-		(Attach Proof of (आय का साध्य	संलग्न)	
AN No. स्थाई खाता संस	ख्या <u>)</u>	10001				
RE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (lick whichever is applicable): र पर सही का निशान लगाये।	Yes / No			
श आप आप कर दाता	ह (जा मान्य हो उर		हाँ / नहं MILY DETAILS परिवार			
Sr. No.	No	ne of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम	उस्र (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
	1					
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which आधार	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काम ग्रांत संलग्न करे।		EWS Certificate		stion Card	Any Other	
		(Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र		tach Copy) भोकता कार्ड	Basis/Proof	
				क्षामा प्रति संतरन करे।	अन्य कोई सास्य	
CARRY SA SU SUSCI	and steers were	Manufacture and the second		TOTAL TOTAL		
			REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उद्			
1010		THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	TONE AS CHIEF THE PERSON OF	Contract to the contract of th		
Sr. No. क्रम संख्या	Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attache कम मोला अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची र				9	
अन्य सालना	_	400				
_		to.	Ora o	100	100014	
W	Dignosis Rie serile cataract					
		LIE Senile Catagact				
	LUIGHTY					
	Hr. SICS Pmma Jel Cammp					
10.00		M(- 210)	Frining	July		
				1 3 500 11		
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेत् कोई अ	for SAME "PURPOSE" न्य सहायता किसी अन्य	स्थात से लिया गया हो।		
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		
क्रम संख्या	अन्य स्त्रीत का नाम DBCS			ला गई सहायता राशा २००० /—		
	Ue			2001		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कोवणा एक:

- 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.
- 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 फोपणा करता हूँ कि इस प्रकार में दिये तथे सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे इन्त जो सहायत ग्रांश "कोशिका फाउन्डेशन", मे ली का छी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेश, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत-नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही थंकिया मैं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SERGE ZIT) WITT)

- 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 ज्यत पर अपने इस्ताबर या अंगठे की काव लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीमों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोउं और जो विकरण इस प्रयत्न में बोलित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से बुढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरफ) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सतायता के उन्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सतायता का तकदार नहीं बचाता। इस सम्बंध में "क्योंतिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हरताधर या अंगुते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (EFFICIE STO WOLL)

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 मामलेटोगी को "कोशिका फाडन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से न्यान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा यदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहस्यता विनित ऑशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनस्यपन से सहस्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लोगी।
- 2. "कॉरिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायक्ष कंचल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वरा दी गई मलाइ या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विन्मोदारी ऐगी एवं हा-पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आपरेशन को प्राप्त के लिए संस्तृति Dr. Akash Kumar M.B.B.S. M.S. (Name क्रिकेट के बार व इस्तासर व ग्रेस च ना भीका अपनिक उपनेप हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपनेप हेत्

हानदर का नाम व हस्तावर व राव. च नामिक्त अमाना वांच्ये हिंगा हिंगु नामिक्त अमाना वांच्ये हिंगा हिंगु हिंगा हिंगु डाउपयोग हेत् डाउपयोग डाउपयोग हेत् डाउपयोग डाउपयोग हेत् डाउपयोग डाउपयोग डाउपयोग डाउपयोग डाउपयोग डाउपयोग हेत् डाउपयोग डा