				(-25-0		12.	1	
APPI		RM FOR ASSISTAN(ट्रुआवेदन प्रारूप	CE	(Healthcare (स्वास्थय देखभा		3.15.55.5	shika	
PLICATION No. : वेदन संख्या :	MInan	5/0427	APPLIC	TOTAL CONTE	25	Building	p black of life.	
NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS 3119-111 SE				
andre at the Arvind Kuman.				49. M				
THER'S/SPOUSE'S	NAME : A							
त/कटुम्म का नम	Kan	KOMON DESIDENCE ADD	pess win	व आवासीय प्रमा		E 20		
Kachhe	liya Ka	PRESENT RESIDENCE ADD CHARLIYA DO PRODUSA 2	49123	ur fali f	landes'			
	PE	RMANENT RESIDENCE ADD	RESS: PI	अवासीय पता		NO MANAGED 192		
			above			Bu OP	- Ret op	
						we up	1021 01	
CCUPATION:	2000 W E			N.	ARRIED (BERR) / UNMARRIED	अविवाहित)	
यवसाय OTAL ANNUAL INCO	3S100	001-			Attach Proof of (आय का सास्य			
AN No. THE BIRLY	स्या							
RE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable स पर सही का निशान लगाये।):	Yes / No हां / नहीं				
0 484 484 54 96			117	ETAILS परिवार विवस	AND DESCRIPTION OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN COLUM			
Sr. No.	Na	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		ge (Years) इम्र (वर्ष)	Gender शिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध		
क्रम संख्या	414	वार का सदस्या का अन		78 (447	KF1			
						_		
		BASIS for REQUESTIN	NG ASSISTAN	NCE (Tick whichever	is applicable)			
BPL Card EWS Certificate				Ration Card		Any Other		
(Attach Card Copy)		(Attach Certificate Copy) (A		(Attach उपभोक्त		E	Basis/Proof	
गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संसन्त करे।		अस्य अस्य वर्ग प्रमाण (प्रमाण पत्र की स्थया प्रति स		(प्रमाण पत्र को छाया पृति संलग्न करे।		अन्य कोई साक्ष्य		
(2010) 14 111 1111	300 400 3 344	"PURPOS	E" for REQU	ESTING ASSISTANC ये विनती का उद्देश्य:	E			
C. No.		110) 11	STILL SAN ESPERANCE FOR	Reports/Prescripti	ons Attached			
Sr. No. अस्पताला/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची						7		
	Ala:	Olomosta RIE Sphile Cataract						
	To the state of th							
	0			UE SE	rile	Cafquac	+	
	Zwgu	ney						
	7	V				3 - 16.		
		RIE SILS	Pmm	a 20,	_	Camp.		
		100 510			i i			
		ASSISTANCE BEING AV	AILED for SA	ME "PURPOSE" from	m OTHER SOUR	CES		
इस उद्दर्श के हतू काई अन्य Sr. No. NAME of OTHER SOURCE				सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED				
क्रम संख्या		अन्य स्थात का नाम			शी गई सहायता राशी 2000 —			
		PBCS			X000	-		

DECLARATION by APPLICANT: SHIELD BILL WHAT THE

- 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 घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिवे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रथा जाता है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करत है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य छोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पीत्रण मैं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक 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 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 प्रथम पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की छाप लायकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करण हैं एवं "कंतिरका फाउंडेशन और उसके न्याबीयों " को अधिकृत करण हैं कि मेरा जम, पत्त, फोटो और वो विवारण इस प्रपत्न में खेरित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए ऑफिक्त हैं। मेरे प्रपत्न का विवारण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेंसन" व न्यामी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण को कि सहायता के उन्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वा: सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिक" एवम उसके न्यासियों का निर्णय और वाष्प्रकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेषक के हरताक्षर या अंगुडे का निशान

AGREEMENT BY HOSBITAL (MINISH STO 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:

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 in the matter.

हचारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेशोगी को "कॉशिका फावन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तराता) निम्न प्रकार से आन्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से जब्त रोगी/यामले में लेंगे चा ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" होरा सहायता विचित्त ऑशिक/सकत हेतु मन्बुर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का जिथकार सुर्वश्वत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मर्पर उक्त रोगी/यामले श्रेष्ट किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से ती लेगा/लेगी।
- 2. "कोरिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल
- के बीच का विचय है और "कोशिका फाइन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशक नहीं है। इसलिये इस्पाल में रोगों के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी किस्मेदारों रोगी एवं इतंपताल की होगी और "कोशिका" की कोई श्रीमका या किस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

4		D FOR ACCEPTENCE लिए संस्तुति				
Date of Surgery ऑपरेतन को तारीख	Dr. Akash (semor (Name of print Research (Ministerno))	Dr. Shroffs-Charity Eyo (Name, Designation 5-50-50) Mohammard designatory शिक्ता व पर हम्माल अधिकृत अधिकारी				
	FOR INTERNAL USE of KOSHIP	CA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग होत्				
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तासर 2				
5	fugel	lite				