AWR-C-25-09-0177

APPLICATION NAME of APPLICATION AND ENGINEERS INCOMES AND ENGINEERS WHITE THE ADDRESS THREE SERVICES THAT THE ADDRESS THREE SERVICES THREE SERVICES THREE SERVICES THREE SERVICES THREE SERVICES THREE SERVICES AND ADDRESS THREE SERVICES AN	APPI		DRM FOR ASSISTAN तू आवेदन प्रारूप		(Health (स्वास्थ्य र	खमार	1)	Koshika foundation	
STATISTICATION STATES STATES STATES AND STAT		A/092	5/0471	APP	६न शतमा			Building block of life.	
FATHER SPOUSE'S NAME PRESENT RESIDENCE ADDRESS TRINGTONE TO THE STATE TO COMPATION PERMANENT RESIDENCE ADDRESS TRINGTONE TO THE STATE PERMANENT TO THE STATE THE STATE TO THE STATE TO THE STATE THE STATE TO THE STATE THE STATE THE STATE TO THE STATE THE S	NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS STIT-		SEX PH	600	
PRIMARIENT RESIDENCE ADDRESS: रचार उज्याचीय पात PERMARIENT RESIDENCE ADDRESS: रचार उज्याचीय प्रति (Attach Proof of Income) NA ARE YOU AN INCOME: TAX ASSESSEE (Fick whichever is applicable): पात अप जाप कर पात है (जो पान हो उच्च प स्त्री का निमान लागेव) PARMITOETALS परिवाद विवाद विवाद PARMITOETALS परिवाद विवाद PARMITOETALS PARMITOETALS परिवाद PARMITOETALS परिवाद PARMITOETALS		NAME:	note Ram	DRESS H	र्तमान आवासीय प्रता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रखाई अग्रमाणिय पांता ALBERRED (Reality) UNMARRIED (alfarellier)	1		16h - Kathum	dar-		51	St- Albusty	7/12	
OCCUPATION: उक्तवराधा	V KHH	pi	ERMANENT RESIDENCE AD					Poeop Postof	
अववाया प्रतिक आप (अप का सामय संस्प) NA ARE YOU AN BUCOME : (Attach Proof of Income) भूत बार्कि आप NA ARE YOU AN BUCOME TAX ASSISTANCE अस अप अप अप कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायों) अस अप अप अप कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायों) अस अप अप अप कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायों) अस संख्या अस अस संख्या अस अस संख्या			PS.	abov					
APAN No. स्याई खाता संक्रण NA RABE YOU AN INCOME TAX ASSISTANCE अग अगप आप कर दाल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान जगायो। अग अगप आप कर दाल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान जगायो। अग अगप आप कर दाल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान जगायो। अग संक्रण अग अगप आप कर दाल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान जगायो। अग संक्रण अग अगप आप कर दाल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान जगायो। अग संक्रण अगम स	<u>च्यवसाय</u> –	mer ME:	1					Income)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE [Tick whichever is applicable]: अस्य आप आप कर रहता है (जो मान्य हो उस प सती का निशान नगायों अस्य आप आप कर रहता है (जो मान्य हो उस प सती का निशान नगायों अहम संख्या अहम संख्या पिता के सदस्यों का नाम अहम संख्या	मृत वार्षक आय	51000				"(आग का साध्य	संसम्) NA	
Sc. No.	ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable	2.1	ता ं √ना	1			
क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम जब (वर्ग) हिंग अवेदक को साथ सम्बंध के क्षिण क्षिण के क्षिण की साथ सम्बंध के क्षिण किया किया किया किया किया किया किया किया	Sr. No.	Na	me of Family Member	FAMIL	The second secon			Relation with Applicant	
9. Roof Ram 9. Stakumtula 35 र्न daughter in Jou 9. Sam Jay 12 M Juna Sm BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहापता के लिये कियति आधार (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (अपण पत्र को छावा प्रति संतरन करें। (अपण पत्र को छावा प्रति संतरन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहापता हेत्र किये पत्र में विस्ता सहार "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहापता हेत्र किये पत्र में विस्ता सहार "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहापता हेत्र किये पत्र के छावा प्रति संतरन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहापता हेत्र किये पत्र के छावा प्रति संतरन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहापता हेत्र किये पत्र के छावा प्रति संतरन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अस्पताल/वीकर से जारों को गई प्रतिकेदन सुची संतरन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (अपण पत्र को छावा प्रति संतरन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (अपण पत्र को छावा पत्र के प्रतिकेदन सुची संतरन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (अपण पत्र को छावा पत्र के प्रतिकेदन सुची संतरन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत्र के हैं अन्य सहायता किसी अन्य सहायता करी होत्या पत्र हो? "AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED का याम का याम अस्तरका रही पत्र महायता रही		- qf	रवार के सदस्यों का नाम	-	उम्र (वर्ष)			आवेदक के साथ सम्बध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायका के लिये किया के नीये प्रयाण पत्र (Attach Card Copy) गरीकी रेखा के नीये प्रयाण पत्र (अमाण पत्र की खाया प्रति क्ष्मिण किया किया प्रति क्षमिण किया किया किया किया किया किया किया किया	-	Kom Plusi			55		F	Wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सामायता के लिये जिनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (अमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE सामायता हेतु किये गर्म विल्ला निर्माण करे। Sr. No. अस संख्या Any Other (Attach Card Copy) आप आव कर्म प्रति संलग्न करे। PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE सामायता हेतु किये गर्म विल्लाम करे। Sr. No. Medical Reportu/Prescriptions Attached अस्पवास/विकर सूची संलग्न PURPOSE के प्रसाद से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेवु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्री से निर्माण गत्र को उस्त्री Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत के अस्य सहायता किसी अन्य स्त्री की निर्माण गत्र की अस्य सहायता यसी	2.	Roop Ram			49				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनित्त आधार BPL Card (Attach Card Copy) परिस्ते रेखा के नीचे प्रयाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्तान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनित्त आधार "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनित्त को छाउ प्रति संसाम करे। Sr. No. अस्पतास्थ होकर से विनित्त के विनित्त	3.	Stakumtila			35			& daughter in la	
सहायता के लिये किनति आधार BPL Card (Attach Gard Copy) गरीबा रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्व विनाति कार्य प्रति संलग्न करे। Sr. No. कम संख्या Medical Reportal/Prescriptions Attached अस्पतालश्रक्तिर से जारे की गर्व प्रतिवंदन सूची संलग्न Welled Reportal/Prescriptions Attached अस्पतालश्रक्तिर से जारे की गर्व प्रतिवंदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? Sr. No. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? Sr. No. BAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गर्व सहायता यशी	4.	Sanz	Sanjay		12			grand Son	
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संतर्ग करे। (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संतर्ग क			BASIS for REQUESTIF सहायता के लिये	NG ASSIST विनति आ	ANCE (Tick which	over is	applicable)		
प्रशासन हेतु किये गये किसी का उप्देश्यः Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न Diagnosis RE Sehile Getaya (F Cellera) Cellera (F) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया तो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थीत का ग्राम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता यशी	(Attach Card Copy) (Attach Card Title) परीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप		(Attach Certificate C अल्प आप वर्ग प्रमान	Copy) (Ati		ttach Copy) प्योक्ता कार्ड		Basis/Proof	
अस्पताल/डॉक्टर से बारो को गई प्रतिबंदन सुनी संलग्न Diagnosis RE Sehile Celeva (F Cele									
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया तो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम नी गई सहायता गरी			Medical Reports/Prescriptions Attached						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता यशी			U						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेंगू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता यशी					F-2	ehl	le Cekt	V6CF	
इस उद्देश्य के हेवू कोई अन्य सहापता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संशेता अन्य स्वोत का नाम ती गई सहायता राशी	0.		surgery -	AE -	SICS	DZ.	M PMI	79:4K	
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED अन्य स्थोत का नाम नी गई सहायता राशी								ES	
Nill	Sr. No. NAME of OTHER SOI क्रम संख्या अन्य स्वोत का ना								
			vitt						

DECLARATION by APPLICANT: अपवेदक द्वारा प्रोपणा पत:

- 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) मैं घोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सधी है। चरि कोई विवरण एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहायश निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कांशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकर्प में धरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस स्रशि का आशिक या सकता किस्सा किसी अन्य स्रोत:नियोजक/मीमा कम्पनी से न तो तिया है और न हो प्रविध्य में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (आयेदक 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताबर या आंग्रेट की बाप सम्पाबर, मैं (आवेषक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ पूर्व "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में योषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाधना/या दूसरे उद्देश्य से बुदी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारत करने के लिए ऑधकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहस्ता हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑडिंग और बाध्यकारी होगा।

APPLICANTS SIGNATURE OF LEFT THUMB IMPRESSION:
SERVE EXCELLE AND SET STATE

AGREEMENT by HOSPITAL (EXPERT END MEDIL)

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 only in only

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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में शिविय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या फिसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लोगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" होए सदा "कोशिका फाउन्डेशन" होए सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थाट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय भरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काठ-टेरान" से ली गई सहस्यता केवल कितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउ-टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाब सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नृती होगी।

7.4	RECOMMENDED FOR A स्वीकृती के लिए				
Date of Surgery ऑपरेलन की तारीख	Dr. Mohd. Rameez Reza M.B.B.S. M.S. Ophthalmology (Name of Dr. & Regn. No. Wild St. (HS)) spect of Sun Workshift (1861)	YOGEST ADAV Assistant Administrator [Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) विशेष के पर इस्पतिले अधिकारी			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOU	INDATION अन्तरिक उपयोग हेत्			
SIGN	NATURE of TRUSTEE 1 - व्यासी इस्ताकर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताक्षर 2			
ξ	funge	lit			