AWR- C-21-01-0168

		ORM FOR ASSISTANCE	(Healt	thcare) (देखभाल)	Koshika
APPLICATION No.:	032	त् आवेदन प्रारूप	APPLICATION DATE		foundation Building block of life.
NAME of APPLICANT :	1032	3 / 1016	AGE-YEARS		100
आवेदक का नाम	Silo	Ram	60	m	
FATHER'S/SPOUSE'S NAI	ME:	gran Singh	1 0.0		
village- Khuse	an Dux	PRESENT RESIDENCE ADDRE	as वर्तमान आवासीय प	all Tahanal Pus	
0	H15-32	Leu			Preof Postop
	Р	ERMANENT RESIDENCE ADDRE	ss : स्थाई आवासीय पत ठ∨ेट		701101
		115 40	010		
OCCUPATION: FORMER (Rational Married (Rational M					हैत) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आप	1		(Attach Proof of Income) (এবাৰ জন মাজ্য মাজ্যুন)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या	53000	VÁ		(अस्य का साहत	। संसम्) NA
	ASSESSEE	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yeg/1	olo olo	
337 327 32 433 37			FAMILY DETAILS THE	र विवरण	
Sr. No. क्रम संख्या	Na परि	me of Family Member वार के सदस्यों का नाम	Age (Years) ਰਜ਼ (ਚਥੰ)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध
		nga devi	SB	C	wife
- 47	()	Ty devi	20		WITC
	-				
		BASIS for REQUESTING A	SSISTANCE (Tick which	hever is applicable)	
		सहायता के लिये विना		ALTO DE CARROLLOS	
		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		tation Card (ttach Copy)	Any Other
गरीबों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाग पत्र	ব	रघोषता कार्ड	Basis/Proof अन्य कोई साक्य
(प्रमाण पत्र को छापा प्रति स	तिन करे।	(प्रमाण पत्र की सत्या प्रति संलग्न	करे। (प्रमाण पत्र व	भी सामा प्रति संतान करे।	W. A. 4016 VIDEA
			r REQUESTING ASSIS		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलगन				
	Diagnosis RE = PCIOL				
	LE = SENTLE CATARACT				
	7				
		SUNGENY	1E = SI	CS WI	H PIMMA
				Para History	
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतू कोई अ	for SAME "PURPOSE" न्य सहायता किसी अन्य	' from OTHER SOURC	DES
Sr. No. क्रम संख्या	La Sin	NAME of OTHER SOUR			of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहायक्षा राशी
N. 2 (17979)	1000				्रमा अस् वास्थापात असा।
	- 3	(V)7/			

DECLARATION by APPLICANT: अलिएक प्राप्त प्रोपणा 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.
- में पोषण करत हैं कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- में द्वार जो स्टापता शीर "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जाएंगा, जो इस प्रकृप में भग गया है।
- में पुष्टि करता है कि निम सतायत तंतु यह प्रार्थन की गई है, तम राशि का अशिक या सकल किस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीना कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (Spèce gitt with)

- 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 प्रयत पर अपने इस्ताधर या अंगरे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में मोबित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पान, पाचना/पा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारत करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) में (आवंदक) इस बात में महमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय औरम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अगोरक को हरराधर या अंग्रेड का निशाव,



AGREEMENT by HOSPITAL (ETHER \$10 WOL)

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.

हच्यों अधिकृत, इस्तावरों की ओर से मामले-रोगी को "कोशिका फाउन्टोशन" से विशिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पातल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते है।

1) यह कि म को वर्तमान और न ही पश्चिम में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से ठका रोगो/मामले में लिगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डोशन"

में मिफारिश/विनीत उका के मध्यप में "कोशिका फाउन्डेशन" इस मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहस्था विनीत आशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्थाल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी उन्य सन्ताथन से सहस्था लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृथ्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्थाल द्वितीय चरद उच्च रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से लो गई सहायता केवल खितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी विष्योदारी रोगी एवं इस्पताल की शोध को कोई प्रविधा या कियोदारी इस मायले में नहीं शोध।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति YOGESH YADAV Dr. Mohd. Rameez Reza Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख Assistant Administrator M.B.B.S. M.S. Ophthalmology (Name, **Dai@hiledf% Thyar RV सामुद्धान्त्र Sygnatory** on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल कार्यकृति औपकारी FICO (UK 12/3/2 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताधाः 1 न्यसी हस्ताक्षर 2