APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)					Koshika		
APPLICATION No.: M 0325 1284 APPLICATION DATE: 10310-5					Building block of life.		
NAME OF APPLICANT : AGE-YEARS आप- वर्ष SEX विशेष							
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्म का नाम NOLThu							
Bichn	highan	NI THOUSE IN	gohi III	hari	O COLL NEW PROPERTY		
	7	ERMANENT RESIDENCE ADDRES	S : स्थाई आंवासीय पता	2107	Polled Rosto/		
		same as	about				
TO TO LE TO LE					त) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता र	30	0	ely	(Attach Proof of (आय का साक्य	income) महाग्व)		
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): सर पर सडी का निशान लगाये।	Yes/N				
			AMILY DETAILS परिवा				
Sr. No. क्रम संख्या	K	ame of Family Member रेवार के भद्रस्यों का नम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग A	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध		
0		1 1	- 30	44.11			
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति	I SISTANCE (Tick which চ সামার	never is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जापा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अरुप आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न व	A) 25	ation Card ttach Copy) रपोक्ता कार्ड ते बाबा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
	-10		REQUESTING ASSIS				
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached  अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संस्थन					
क्रम संख्या		भाव कार्यवाल/डॉक्टर से जार भाव कार्यवाल/डॉक्टर से जार			RIE DE DI LE CHORA CT		
	RIE SERIL COLORACE						
			3818				
	Surgi	ray RIES	عاد ساء	h Prom	a jens and		
		Accietatine neura auta	E CAME IN IRROR	for Other collect	re		
RODO-		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उप्रेमिय को क्षेत्र कोई अ	न्य सहायता किसी अन्य	स्बोत से लिया गया हो?	***		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम		UE .	49000	of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता गशी		
		UBO		1000			

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा 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 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 भोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवसण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवसण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा स्त्री हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया हैं।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रांत का ऑशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोद-नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

#### AGREEMENT by APPLICANT ( आवेदक 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.
- і) इस प्रयह पर अपने हस्ताक्षर या अगर्ट को छाप लगाकर, मैं (आनेशक) अपनी सहगति को पृष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फउउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में योक्ति है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनाऱ्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बचाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् ग्रासको न्यासियों का निर्णय जीतम और बाध्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबेदक के इस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



#### AGREEMENT by HOSPITAL (हरपताल क्रय करार)

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

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 को अंद से मामलेखेगी को "कोशिका फाउन्होंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होंशन"

से सिकारिक/विनर्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेजन" द्वारा मदद हेतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनर्ति ऑशिक/सकत हेतू मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वयः कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सक्षायल केवल विविध 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 दक्षाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाक सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को डोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख

(Name of Dr. & Reght No. with Stamp) 7 46

Or Shroll's-Charity Eye
(Name, Pesignation & Stamp of Authorised Signatory
(Name, Pesignation & Stamp of Authorised Signatory
)
नाम व पर हस्यताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताप्तर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2