	CATION FORM FOR AS पहायता हेत् आवेदन प्र		(Healthca नाप्थय देख		Koshika
	110325 129	APPLI SING	11 03	25	and the second
NAME of APPLICANT : आवंदक का नाम	ramely		58	र्ष sex शिंग ि-1	-
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्प का नाम	Me! So pha	tulla	tens.		NAME OF THE PARTY
Kalma	PRESENT RESIL	ENCE ADDRESS	100 P 4 AU		STANDE PHOTO HERE
	PERMANENT RESID	ENCE ADDRESS : RE	- 26 270 हे आवासीय पता		
	same	any c	ebone		
OCCUPATION:	farmen			MARRIED (Bailsa)	UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME बुल वार्षिक आप	25, 0777	1		(Attach Proof of Inc. (आय का साक्ष्य संल	ome)
PAN No. स्थाई खाला संख्या ARE YOU AN INCOME TA	X ASSESSEE (Tick whichever is	applicable):	Yes / No		
	(जो मान्य हो उस पर सही का निश	FÁMILY (र्का/ नही DETAILS परिवार विव		
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Mem परिवार के सदस्यों का	ne of Family Member Ag बार के सदस्यों का नाम उ		Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
			744		
	BASIS for R	EQUESTING ASSISTAN	ICE (Tick whicheve	r is applicable)	
BPL Card (Attach Card Co गरीबी रेखा के नीचे प्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति	PPY) EWS (Attach Ce	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साया प्रति संलग्न करे।		n Card (Copy) श कार्ड या प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		"PURPOSE" for REQU सहायता हेतु किये ग	ESTING ASSISTAN ये विनती का उद्देश्य	DE:	
Sr. No. ऋम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की-गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Hagopa	U€	Serie	CO	wigot .
	0	(fe	at nil	(Haract
	0	110000			100
	Durgery	HE31C	5 9019	n M	Ma lens
	Aggregation	BEING AVAILED for SA	ME "BUDDOCE" A	m OTHER SOURCES	
2.2.	इस उद्देश	व के हेतू कोई अन्य सहा	पता किसी अन्य स्त्रोत	से लिया गया हो?	ASSISTANCE BEING AVAILED
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOUR				ी गई सहायता राशी
-		/11565		of cress	
					\

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चोषणा 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) मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सती है। परि कोई विवरण एवं कथन असरय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेर द्वारा जो सहरमता गरित "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा सी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्ट करत है कि तिम स्तायत हेतु यह प्रार्थत की र्या है, उस राति का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य प्रोश/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लुँग।

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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इस्ताधार या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (अवस्था) अपनी सहमाँठ की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका काउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चाम, पता, फोटो और जो जिवल्य इस प्रपन्न में कांशिक है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, राधनात्र्या इसरे उन्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउडेंसन" क न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑसम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताधर या अंगुठे का निशान

of enter

AGREEMENT by HOSPITAL (EMINE DIE 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 patienticase, 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.

हमा अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से सामले रोगी को "कोशिका फाउन्टेशन" से वितिप सहायता हेतु सिफारिश की आते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही घरिष्ण में वितिप सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या फिसी अन्य रजीत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे वा ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्टेशन"

ऐ सिफारिश विनर्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता लेंगे को अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पूष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी-पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्देशन" से ली गई सहायता केवल विशिष प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा यो गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी को इलाब सुरक्षा और आने जाने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विष्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आपरेल को तारीख Dr. Shrotts-Charity Eye (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Violation Bishaff of Hospital) आवर का नाम व हरेताकर व रिच र आपरे उपयोग हेत् Signature of Trustee 1 त्वासी हस्ताकर । Signature of Trustee 2 नासी हस्ताकर ।