	Mont. C	-52	-03- 1	173
				Koshika
M103	25/13/1 A	PPLICATION DATE :	late	Building block of life.
	1			A
NAME :	PRESENT RESIDENCE ADDRESS			OT NAME SECTION
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		Meni P	relat was
	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	र्म 2.S स्थाई आवासीय पता	*	168101
Ho	me maken		MARRIED (FINISH) /	UNMARRIED (अविवाहित)
ME		Sta	(Attach Proof of Inco (आय का साध्य संतर	orne) F)
কৰা		Marelli	S SILVER CONTRACTOR	
है (जो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।	हां / न	हो	
Na	me of Family Member		विवरण Gender	Relation with Applicant
परि	कार के सदस्यों का नाम	डम् (वर्ष)	िलंग	आवेदक के साथ सम्बध
	With			
	-			
			32 32	
	BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति अ	TANCE (Tick which	never is applicable)	
(Attach Card Copy) (Attach Certificate (गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण		(At	tach Copy) पोक्ता कार्ड	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
	सहायवा हेतु कि	ये गये विनती का उद्	देश्य:	
1				ALCOHOL:
Progno	(fa	UE.	senile	Cataract
		UE se	nile	Cataract
Elinge	ry UESI		A)Th PA	1149 lenson
				170
	ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	SAME "PURPOSE" सहायता किमी अन्य	from OTHER SOURCES स्त्रीत से लिया गया हो?	
Sr. No. NAME of OTHER SOUR			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
	अन्य ज्ञांत का नाम			गर्व सत्तापता गर्नी
	HETAL BESSEE (TAX ASSESSEE (TAX AS	PRESENT RESIDENCE ADDRESS NAME: ROMBOL PRESENT RESIDENCE ADDRESS NA POIN HOME PERMANENT RESIDENCE ADDRESS WHE TO THE THE THE POINT PROPERTY OF THE POINT PROPERTY OF THE POINT PROPERTY OF THE POINT	PLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप M 0 3 2 1 31 APPLICATION DATE आयोदन कियो PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पत PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्वाह आवासीय पत PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वाह आवासीय पत PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वाह आवासीय पत ME: PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वाह आवासीय पत ADDRES TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (अवा पत्त्र को सदस्यों का नियान लगाये। FAMILY DETAILS परिवा Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick which सहायता के लिये विनति आधार PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (आपण पत्र को आया प्रति सलग्न करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (अपण पत्र को आया प्रति सलग्न करे। SELUTARIAN ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" SELUTARIAN ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" SELUTARIAN ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE"	ELICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप M 0325 131 APPLICATION DATE 08 25

DECLARATION by APPLICANT: आवरक द्वारा प्राप्ता पत्र:

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सडी है। यदि कोई विवरण एवं कमन असान पाया जाता है तो मेरी सारागता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहापन: राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्ट करता है कि जिस सतायत होतु यह प्रार्थना की गई है, उस गति का ऑशिक या सकल डिस्सा किसी अन्य खेतानियोगक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मविष्य 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.
- इस प्रपत्न पर अपने इस्ताबर या अंगते की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीचों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाय. पता, फोटो और जो विदरण इस प्रपंत में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नासी, यन, वाचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के तिये किसी भी प्रसार माध्यम ररे प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथव का विवसण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहयत हूँ कि मेरा जम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहागता के उर्दरणों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एतम् उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और बच्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के इस्ताक्षर या अंगृते का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (शस्पातन क्रात करा)

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.

हमारे अभिन्तुत, हस्ताक्ष्ये की ओर से मामलेक्षेपी को "कोशिका फाउन्हेंशन" से जितिय सहायता हेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न ले लांचन और न हो पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रीत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेंशन" में सिफारिश/विनीत उका के सम्बंध में "काशिका फाउन्हेरान" इस संदर्भ कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेरान" इस सहायता विनीत ऑशिक/सकल हेतु सन्बुद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्याभन से सहस्यता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पुष्टि में समय कता जीता है कि अस्पताल दितीय मरर उका रोगी/मामले तेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से जारे लेगा/लेगी।

2. "क्रोतिका फाउन्डेशन" से ली गई बहायता क्रेक्स वितिय प्रकृति को है। सेगी पर हस्यताल द्वारा से गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनान सेगी एवं हस्पताल कं बोच का विषय है और "कोशका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रबाव नहीं है। इसलिये हस्यक्षल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐगी एवं हस्यक्षल की होगी और "कोशिका" की कोई धृमिका या किम्मेदारी इस मागले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery

30746 (Name of Dr. & Regri. No. with Stamp) होक्टर का नाम व इस्ताधर व रहि. न.

Dr. Shire (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताक्षर 2

18-08-2024