APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)					Koshika
APPLICATION No.: VOTIB 0315			APPLICATION DA आवेदन तिथी	02/07/018	P Sullife
NAME of APPLICANT : STREET WIT	VIYWA	hi verma	TO Y	अध्यु-वर्षे SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्य का राम	AME: D/O	thakur das			
		PRESENT RESIDENCE ADDR	ESS वर्तमान आवासीय	पता	
Agrowal		ERMANENT RESIDENCE ADDR	U.P. 204	#15/24 216	Preop Postop
	50	me the Avus	Во		(0315) Virvati Voim
OCCUPATION: Housewife MARRIED					t) / UNMARRIED (运行可信息)
TOTAL ANNUAL INCOME : NA				(Attach Proof of Income) (आय का सक्य संस्था)	
PAN No. THIS WINE THE		Tick whichever is applicable):			
क्या आप आय कर दाता है	(जो मान्य हो उ	स पर सड़ी का निशान लगाये।	र्श ।	/ No नहीं	
Sr. No.	901		FAMILY DETAILS VI	Orrespond Administrative and the Company of the Com	
Sr. No. क्रम संख्या	য়া	me of Family Member खार के सदस्यों का नाम	Age (Years) তম (বর্গ)	Gender शिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध
- 1	mada	n chopul vierme		m	husband.
2.	Ash	il vuoma	50	m	son
3:	NOUIT	1 Varma	48	m	Sim
y-	Pavan		46	m	son
		BASIS for REQUESTING A सहायता को लिये दिन	SSISTANCE (Tick wh वि अध्यार	ichever is applicable)	-
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संताण करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य अय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतान		Ration Card (Attach Copy) उपपोक्त कार्ड की छापा प्रति संस्थन करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
			or REQUESTING ASSI किये गये विनतों का र		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गाँ प्रतिबंदन सूची संलग्न				
	RE - IMAC				
	LE - IMIC				
	SUF907- (IE) SiCS + IOL				
					15
_					
		ASSISTANCE BEING AVAILED	for SAME =BUIDDOOR	E' from OTHER COURSE	
Sr. No.		इस उद्देश्य के हेतू कोई अ	न्य सहायता किसी अन्य	स्थोत से लिया गया हो?	
क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED श्री गई सहायश ग्रशी	
1-	SCEI	7			

DECLARATION by APPLICANT: अपनेत्य द्वारा प्रोपण 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.
 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.
 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.
- I scientrily confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistant
 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 amounts which this assistance is requested.
- 🕦 मैं जंबना करता 🦿 कि इस प्रक्रम में दिये गये रामी विशान मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सबी है। यदि कोई विवास एवं कथन असाय एमा बात है तो मेरी सहायत निरस्त की जा सकती है।
- हा को द्वार को सहायता ग्रांश "कांशिका फाउन्टेशन", में शी का शी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यण, जो इस प्रारूप में मग्र गया है।
- 3) मैं चुंक कता है कि दिस सहावत हेतु यह प्रार्थत को गाँ है, उस गति का आंतिक या सकत तिस्सा किसी अन्य झोठानियोजक बीच कम्पनी से न तो तिया है और न ही पविष्य में तुँचा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक प्रात 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 प्रदेश पर अपने इस्तक्षर या अंगते की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपने सहमति की मुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवास इस प्रपत्न में प्रांधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राम, माचनान्या दूखरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माच्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत का विवास मेरे इताज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से स्वामत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकास जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का डक्यर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्याधियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवरक के हस्ताशर-या अंगूडे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हमपतास द्वार 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 will patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will

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.

इन्हों अधिकृत, इस्तकारी की और से सम्बद्ध में स्वीकृत काजन्देशन" से विविध सहायक हेतु क्रिकारिश की जाती है, विसे इम (इस्पक्षत) निम्न प्रकार से सान्य व स्वीकार करते हैं।

हार आपकृत, इस्तक्ष्य का आर स सम्माप्त का काराका जावन्द्रान स न्यान कानक बहु स्रकार स का है। एक ए एस्सर में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशका फाउन्देशन" हो सिकारिश्वितीर उसते से सम्बंध में "कोशका फाउन्देशन" हो। स्वर्त के स्वर्त के सम्बंध में स्वर्त के से सम्बंध में सम्बंध में स्वर्त के सम्बंध में सम्बंध में स्वर्त के सम्बंध में स्वर्त सम्बंध में में स्वर्त के सम्बंध में सम्बंध में सम्बंध में सम्बंध में सम्बंध में सम्बंध में में सम्बंध में सम्बंध में सम्बंध में में सम्बंध में में सम्बंध में

2. "क्रांशिका फाउन्टेशन" से ली गई सलायक क्षेत्रल विशेष प्रकृति की है। होगी कर इस्पक्रल द्वारा की गई स्थलह का किये गये उपकरणीक्ष्य का युनाय रोगी एवं इस्प्यूनित S Eye C क्षेत्रीय का विषय है और "क्षेत्रिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इस्तियं इस्पक्रत में ग्रेष्ट के इताब सुरक्षा और अने वार्ष की साथ क्ष्मियों सेगी एवं इस्प्यून की कोई मुख्कि की साथ क्ष्मियों सेगी एवं इस्प्यून की कोई मुख्कि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की रारीख

02/07/018

MBBS MS FICO
Rog. No. 66028
Time

(Name of Dr. & Regn. Bloswith Stamp)..... डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व र्रीच. न. (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पक्षत अधिकृत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हिंदू

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यामी हातासर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2

lite