0113 01 (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE oshika (स्थास्थव रेखभात) सहायता हेत आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION DATE: 12.11119 Building block of life. APPLICATION No.: 0730 0113 कानंदन संख्या : असमेदन सिपी AGE-YEARS NIN-NY SEX Rin RatiRam NAME of APPLICANT: आयेरक का नान 60 FATHER SISPOUSE'S HAME : Dig Ram पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तनान् आवासीय पत NSIIshovawas POHOR PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: YES STITUTED AS Porc 58 2154-Rati Ram 0730 above CLS MARRIED (1940) / UNMARRIED (strates) OCCUPATION: Labourer व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: 75000 NA कुल धार्षिक आप (अध्य का साध्य संसम्म) MA PAN No. स्थाई खाता संदग You Year ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्ख आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान संगाये। FAMILY DETAILS TRUE factor Age (Years) चय (वर्ष) Relation with Applicant Name of Family Member Gander आवेरक के साथ सम्बध रिर्मग क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का चन 30 m BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किरति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Cepy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के गीचे प्रमाण पत उपयोग्धा महर्द अस्य आप वर्ग प्रयान पत्र जन्य कोई सदय (प्रमाण पत्र की क्षस्य प्रति रांतान करे। (प्रथम पत्र की प्राप्त और संसम्ब करें। (प्रयाण पत्र की सामा प्रति संसम्भ करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पवास्प्रविकार से बारी की गई प्रक्रिकेटन सूची संतरन क्रम संचय Diaghosit De-SICS F ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेनू कोई अन्य महायता कियी अन्य स्थात से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहस्यक यशी अन्य प्रवोत का नाम क्रम संख्य seek

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा चीवना 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.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employen/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं चीचना काम है कि इस प्रक्रम में दिने गये सभी निवाल मेरी व्यवकारी के बनुकार साथ पूर्व नाती है। परि मोर्ट निवाल पूर्व कथन तसाल पाप जाता है तो मेरी प्रसायक निरास की का सकती है।
- 2) मेरे हारा को सहायात सांत "कोशिका फरान्देशन", से ती का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के दिन्ये किया जागेया, जो इस राजप में पर पास है।
- मैं पुष्ट करता है कि किए पहालत हैत का प्रतिक की को है, उस एति का स्वतिक का सकत दिवस कियों रूप प्रोधियोजन/भीच पत्नकी से न तो लिए है और न ही चरित्र में मुँका

AGREEMENT by APPLICANT (SOURCE DID WOL)

- 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 प्रस्त पा अपने इस्ताधर पा अपने को छात्र लगाला, मैं (आवेदक) अपनी सहयति की चुन्दि पासा हूँ एवं "कोशितर फाउँदेशन और उसके न्यानीयों " को अधिकृत करत हूँ कि मैस चम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रदर्भ में पीचा है, उसे "कोशितरा" एकम् न्यामी, रान, माधनान्य दूसरे उद्देश्य से जुडी गोडिमिधियों और वपत्रियमों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार कराने को लिया किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार कराने को लिया किसी की प्रसार माध्यम से प्रसार कराने के लिया किसी की प्रसार माध्यम से प्रसार कराने के लिया कराने को लिया किसी प्रसार माध्यम से प्रसार के प्रसार के माधन कराने के लिया निर्माण की प्रसार कराने के लिया करान के लिया करान कराने के लिया कराने के लिया कराने के लिया कराने के ल
- 2) मैं (आयंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा चम्म, पता, कोटो और विकास जो कि सहायदा के ठर्दरचों से प्रार्थित है पुत्ते स्वत: सहायत का प्रकार नहीं क्याता इस सम्बंध में "कोतिका" एवए उसके व्यक्तियों का निर्णय और बाव्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: SHIPEN IN TRICK IN STICK IN THER



AGREEMENT by HOSPITAL (E1998 E1 WUT)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial essistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from snother 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 shortfull 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.
- हमारे अधिकृत, हालाइएँ को ओर से मामकेरोएँ को "कोशिका पाठव्येशन" के पिटिय सहायता हेतु शिवारित की नार्ट है, किसे उन (हापाटा) निन प्रकार में पान म स्वीकार करते हैं।

 1) यह कि य तो वर्धमान और य ही परिष्य में विशिष सहायता किसी मेर साकारी संस्थान मा किसी अन्य स्वोत में क्या ऐसी, मामके में सेने मा से से है, मैसे कि हमने "कोशिका पाठव्येशन" से सिकारिश पिटाईशनी उनत के सान्यम में "कोशिका पाठव्येशन" हास मदद हेतु कि है। मिर "मेरीशका पाठव्येशन" हास साकारी पिटाईशन महत्या मानित अभिकार सामकेर के अम्प्रकार किसी अन्य मेर साकारी संस्था मा किसी अन्य सामक्ष्य में सामकार सेने मा अभिकार सूर्यकार है। इस पूर्वित में स्वयं मानित पाठवार दिवीय पाद प्रकार सेने मानित सामकार सेने मानित मानित सामकार सेने मानित मानित सामकार सेने मानित मान
- . "अंशिक्षा चारान्देशन" थे ली वर्त सहाच्या क्षेत्रत वितित प्रणूति की है। सेवी पर इत्यासल द्वारा भी गई मलाह का विशे वर्ष प्रपच्छातिया का पुत्रत मेगी एवं इत्यासल को बीच का विकार है और "कोशिका फाउन्टेटन" द्वारा कियो प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इससिये इत्यासल में ग्रेगी को इलाव सुन्धा और उस्ते को नागी जिम्मेगरी सेनी एवं इस्त्याल की होती और "कोशिका" की कोई ग्रीवार या किन्येगरी इस मामले में की होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थीक्री के लिए संस्तृति Administrator Date of Surgery Or. Shroffs Eye Hospital Alike Signatory (Name, Designation & Stamp of Authorities Signatory ऑसेतन को करिस MS (OPHTHAL) 12/1/19 (Nanja olige. & Ragni No Smith Stamp) on behalf of Hospital) बागरर कें। नाम व इस्ताधर व रवि. ५. नाए य पर हरमताल अधिकार अधिकारी अन्तरिक उपयोग हेत FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी जमताधार । न्यसी प्रस्तक्षर 2