APPI		DRM FOR ASSISTAN तू आवेदन प्रारूप	ICE	(Healtho (स्वास्थय दे			Koshika	
APPLICATION No.: - 0419 0039			APP	APPLICATION DATE: 17 04 19			Building block of life.	
NAME OF APPLICANT: ROLFTS W. DELLY			AGE-YEARS आयु-वर्ग SEX शिंग		SEX Reft			
FATHER'S/SPOUSE'S पिक/बदुम्प का गाम	NAME: B	horce					May Way	
Village	- (8.12	PRESENT RESIDENCE AD		तेमान आवासीय पता alakhteco				
Dist.	Alwas	ERMANENT RESIDENCE AD		J k			Rockop. Postop.	
		CH C					0039 Romsway	
OCCUPATION: F	semer.				MA	RRUED (Pauls	ত্র / UNMARRIED (ভাইবাটির)	
TOTAL ANNUAL INCOL	The state of the s	5000			(A)	tach Proof of शाय का साहव	Income) by 3	
PAN No. THE THE TO ARE YOU AN INCOME THE SET SET SET THE	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable स पर सही का निवान संग्रापे।) Pt	Yes (No) हां (नहीं)				
Solvenia -				DETAILS परिवार वि	वेक्ए			
Sr. No. क्रम संख्या	Na VI	Name of Family Member परिवार को सदस्यों का नाम		Age (Years) তম (ক্ব)		onder fein	Relation with Applicant असमेदक के साथ सम्बंध	
U	Ke	Keilash		50		M	Sen	
		BASIS for REQUESTIN	AN ARRIVA	NCE COL MINE				
		सहायता के लिये	विनति आध	R CE LICK MUCHAN	NET 10 A	ippiicaoiej		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के गीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संतरण करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Co अरूप आप वर्ग प्रचान (प्रचान यह की साथा प्रति सं	opy) पत्र	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रयम पत्र की शस्य प्रति संतरन करें।		PV) Tế	Any Other Besin/Proof अन्य कोई सास्य	
				UESTING ASSISTAN				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रक्रियेत सुची संसन्त							
1.								
	-		- 1	E-PP				
Σ.	Sur	jery -	RE-	215215	200	Aut II		
		ASSISTANCE BEING AVAI	ILED for 84	UME "PURPOSE" fro	om O1	HER SOURCE	15	
Sr. No.	_	इस उद्देश्य को हेवू को NAME of OTHER S	र्व अन्य सह	विस्ति अन्य स्वीर	ਰ ਦੇ ਜ਼ਿ	लवा गया हो?	ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्य र्	हरा अन्य स्वोत का गाम			- (6)	- सी गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: HERCE THE VETTE VET

- 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 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 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, for which this assistance is requested.
- 1) मैं भोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप ने रिप्टे गये सन्दे निकाण मेरी जानकारी के लगुमार प्राप्त पूर्व शाही है। मांद कोई निकाल मूर्व कामा प्राप्त पाना जाता है तो मेरी सहस्रक निरस्त की
- 2) मेरे द्वारा जो बहायता रहीत "बहेरिंग्स फार-देशन", में श्री का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्व के लिये किया कार्यमा, जो इसे प्रकल में बार गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि दिल स्वारण हेतु पत प्रार्थन की गई है, इस दक्षि का शांतिक वा सकत दिवस किसी अन स्रोद/निवंत्रक/बीच सम्पर्ध में न से तिया है और न ही चरित्र में लिया

AGREEMENT by APPLICANT (strice the wir)

- 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 adely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रया पर अपने बन्ताकर या अंदर्त की बाप सरकार, मैं (आवेदक) आपने सहमाति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिया पाउडेशन और उनके न्यानीची " को अधिकृत करता हूँ कि पेय माम, पता, फोटो और जो विवास इस प्रया में घोषित है, उसे "कोशिया" एक्स् न्याओं, दान, व्यवस्था दूसरे उद्देश्य से कृती पतिथियों और उपलब्धियों से लिये किसी भी प्रसार माम्याम से प्रयाणित करने के लिए अधिकृत है। भी प्रयाण का विवास में इस्तान की पहले या बाद में करने के लिए "कोशिया पाउडेसन" वा न्यानी करियम्त है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सकता है कि ऐस कन, पत, फोटो और विजान को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसिंत है मुझे स्वत: बदायता का इकदार नहीं क्याता हुछ सम्बंध में "कोशिका" एवन् उसके न्यातियों का निर्माण और बान्यवारी डोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्थरेश के बस्तावर पा अंगुरे वह निवान



Ram Swaroop

AGREEMENT by HOSPITAL (SPESSE STU WOLL)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm 8, accept following:

I) 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

हमारे अभिनृत, हरताक्षी की ओर से मामकेशोगी को "कोशिया फारक्टेशन" से विशेष पहाचता हेतु सिकारित की जाती है, दिशे हम (हरताता) निम्न प्रसार से क्षाम क स्वीकार करते है।

- 1) का कि य वो वर्धमान और य ही परिष्य में विदित्र सहरका किसी मैर सरकारी संस्थान का किसी काम छोत छ उत्तर छेती, पाएले में लेंगे या ले तो है, मैसे कि इसने "क्वेरिका फाउन्देशन" हो। परि "क्वेरिका फाउन्देशन" हाए स्वाप्त निर्मात का के सम्बद्ध में "क्वेरिका फाउन्देशन" हाए स्वाप्त का किस आता है से अल्डाल किसी अन्य में। स्वाप्त का किसी अन्य मान्य में मान्य में मान्य के मान्य के का अधिकार मुर्गिका रखात है। इस पृष्टि में स्वयंत कक्षा काल है कि अल्डाल द्वितीय मन्द उच्छ छेती/बामले हेतु किसी मैर सरकारी संस्था मा किसी अन्य वापन से को लेंग लेंग के क्वेर की मान्य मान्य मान्य का वापन से को लेंग के क्वेर की मान्य मान्य मान्य मान्य का मान्य मान्य
- 2. "कोशिका फाउन्बेरान" से ली माँ सवायत केवल विदिय प्रकृति की है। ऐसी पर इत्यत्तल द्वार दी गई सलाह चा किये गये उपचारतक्रिया का चुनाय ऐसी एवं इस्त्याल को चीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेरान" हार किसी उकार का कोई दक्क पति है। इसिलने इस्त्याल में देखें को इलाव सुरक्षा और वाने की सारी किम्मेरारी ऐसी एवं इस्प्रतल की होती और "कोशिका" की कोई मुनिका मा विभ्मेरारी इस मानले में नहीं होती।

	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के विश	ACCEPTENCE thought			
Date of Surgery ऑफोल की तर्रस १८/०८/१९	Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. & Softman, No. 400, Stamp)	(Name, Designation Stamp of Authorised Signatory on Authority of Respirate L. Alweit 表示 医原子内部血管 计图象分 图像形式			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO				
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यसी इस्तावर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याची इन्द्रस्थर 2			
8	efergel	live !			

in the matter.