Didie Clittee Died A 1 - D feel	APP		DRM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थ्य	the state of the s	Koshika	
AGE-VELARS 303-04 SEX FOR PRESENT RESIDENCE ADDRESS VITAL STREETING VITAL MARRIED (Particle) PRESENT RESIDENCE ADDRESS VITAL STREETING VITAL		1071	9/0286		10/7/19	building black of life	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS I INCIDENCE WE WILL POLYCE LIGHT STORY OF PERMANENT RESIDENCE ADDRESS I FIRST STREETH VEH VEH CHILDRESS I FIRST STREETH VEH VEH CHILDRESS I FIRST STREETH VEH CH			ma Reddy			(2)	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: FINE SINGUISTIN VERY PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: FINE SINGUISTIN A	FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: V	A CONTRACTOR OF THE PERSON OF				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: FOOL STREET WE STOCK THREE PLANE OF PARK OF STOCK THREE STOCK ADDRESS: FOOL STREET WE STOCK THREE STOCK AND PRICE OF STOCK THREE STOCK AND PARK OF STOCK THREE STOCK AND STATE AN	V	100011	. 0	1 1			
OCCUPATION: Un cuploised Market (Implies) / Unimarket (Strettler) Market (Implies) / Unimarket (Implies) / Unimarket (Implies) Market (Implies) / Unimarket (Implies) / Unima	Namma	iapitic	Kamupac	neggia 1	7	0286 0286	
TOTAL ANNUAL INCOME: 🕳 O, GOO! GOMING (Attach Proof of Income) कुल आर्थिक आप का सामय संस्थान) PAN NO. समाई खाता संख्या PAN NO. Registron of Family Member Sc. No. Name of Family Member (Total Qi) Age (Yeary) PAN NO. Relation with Applicant BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) with Registron of Red (Yeary) Relation Corpy) Any Other Basis Proof Any Other Basis Proof Any Other Basis Proof PAN NO. Relation with Applicant Any Other Basis Proof Any Other Basis Proof PAN NO. Relation with Applicant Any Other Basis Proof PAN OTHER STORES AND STANCE: BEING ANALED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES WITH THE STANCE BEING ANALED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES WITH THE STANCE BEING ANALED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES Sc. No. No. NAME of OTHER SOURCES AMOUNT of ASSISTANCE BEING ANALED AMOUNT of ASSISTANCE BEING AN	Pilon,	Chitth	OUT DIST, AV	ः स्था अवसीय पता चित्रक रिज	adesh.		
APAN No. समार्थ वर्णा संख्या का स्थान है की पर सही का निस्तार कार्याचा है में भी भाग्य हो की पर सही का निस्तार कार्याचा है की भाग्य हो की पर सही का निस्तार कार्याचा है की भाग्य हो की पर सही का निस्तार कार्याचा है की भाग्य की साम्य किया है की पर सहस्य की साम्य किया है की पर सहस्य संख्या स्थ्या है की साम्य किया है की पर सहस्य संख्या संख्या है की पर सहस्य संख्या की साम्य किया है की साम्य की साम्य की साम्य है की साम्य है की पर साम्य की साम्य		Unemp	baied		MARRIED (विवाहित	/ UNMARRIED (প্ৰবিবাহিন)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)	कुल वार्षिक आय	ME: 50,6	100	meome	(Attach Proof of ir (आप का सावय र	ncome) संस्था	
बचा आप आप सह चारा है (को मान्य हो उस पर सही का निवान लगाये। Sr. No. Name of Family Member अंत (रिवान) अस संख्या Age (रिवान) अस संख्या Relation with Applicant आमें रेख सदस्यों का नाम अस संख्या Relation with Applicant आमें रेख सदस्यों का नाम अस संख्या Relation with Applicant आमें रेख सदस्यों का नाम अस संख्या Relation with Applicant आमें रेख सदस्यों का नाम अस संख्या BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) स्वारण के निर्म सिली वास्तार BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) स्वारण के निर्म सिली वास्तार (Attach Card Copy) अस अस अस प्री प्रचाण पर (अस अस अ	ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	Yes / N	0.		
Sc. No. Name of Family Member परिवार के सदस्यें का नाम Page (प्रथम) Relation with Applicant अपरेक्ष के राम्य संस्था Relation with Applicant अपरेक्ष के राम्य संस्था Relation with Applicant अपरेक्ष के राम्य संस्था Relation with Applicant Applicant Applicant Relation with Applicant Applicant Applicant Relation with Applicant Applicant Applicant Applicant Relation with Applicant A	क्या आए आप कर राता	है (जो मान्य हो र	स पर सही का निशान लगाये।	श्रॉ / न	हो		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) अञ्चलमा को हिन्ये पिता आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीपी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काम ग्री आप पत्र (प्रमाण पत्र की काम ग्री आप प्रमाण पत्र) प्रमाण पत्र की काम ग्री आप प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काम ग्री आप प्रमाण पत्र की माम की। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महावात हैं। किये ग्री विनयों का उर्दर्य की संस्त्र की। Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अपगताल/जीम्दर से जारी की ग्री प्रतिवेदन सूची संस्त्र ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES सुस उर्दरम के हेतू की अन्य सामाणा किसी अन्य स्थान से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		Na Yd	ime of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) अञ्चलमा को हिन्ये पिता आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीपी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काम ग्री आप पत्र (प्रमाण पत्र की काम ग्री आप प्रमाण पत्र) प्रमाण पत्र की काम ग्री आप प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काम ग्री आप प्रमाण पत्र की माम की। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महावात हैं। किये ग्री विनयों का उर्दर्य की संस्त्र की। Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अपगताल/जीम्दर से जारी की ग्री प्रतिवेदन सूची संस्त्र ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES सुस उर्दरम के हेतू की अन्य सामाणा किसी अन्य स्थान से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		Varia	sound Poddy	20	A)	S (M)	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सङ्गलता के लिये विवर्गत आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीमी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (अमान पत्र को क्षण्य प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेंगू किये पर्ग विवर्गत करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेंगू किये पर्ग विवर्गत करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेंगू किये पर्ग विवर्गत करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेंगू किये पर्ग विवर्गत करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेंगू किये पर्ग विवर्गत करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेंगू किये पर्ग विवर्गत करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अभ्य संख्या "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अभ्य संख्य संख्या "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अभ्य संख्य	- N. I.	JEMA	della ready	78	0-1	50.7	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (अमान पत्र की श्रमण प्रति संलग्न करें) **PURPOSE** for REQUESTING ASSISTANCE: ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ##				45	F	Doughter	
EPIL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (अमान पत्र की क्राच आहे संलग्न करे। **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हो। किये गर्म विस्ता कारी **Sr. No. **Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मालग्रामिक्टर से आही की गर्म प्रतिवेदन सूची संलग्न **DOV **ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम्म उद्देश्य के हेतु कोई अन्य साम्राम्य किया गया हो? **Sr. No. **ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम्म उद्देश्य के हेतु कोई अन्य साम्राम्य किया गया हो? **Sr. No. **ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम्म उद्देश्य के हेतु कोई अन्य साम्राम्य किया गया हो? **Sr. No. **No.** **ANOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED **ANOUNT of ASSISTANCE BEING A	7		BASIS for REQUESTING ASS	ISTANCE (Tick which	never is applicable)		
(Attach Card Copy) गरीवी रेशा के नीचे प्रयाण पत्र (प्रयाण पत्र की कार्य प्रति संस्था पत्र (प्रयाण पत्र की कार्य प्रति संस्था करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता होतु किये गर्य विनाती का टर्ट्रिय: Sr. No. Medical Reports Prescriptions Attached अस्मतास्थानिस्टर से आरी की गई प्रतिबंदन सूची संस्थान ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उट्टेम्प के हेतु कोई अन्य सहायता कियी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			सकायता को तिस्ये विनति	आधार			
सहायता हेतु किये गये विनाती का उद्देश्य: Sr. No. Modical Reports/Prescriptions Attached अस्मतालग्रालिस्य से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	(Attach Card Copy) गरीभी रेशा के नीथे प्रभाण पत्र		(Attach Certificate Copy) সদেশ কাম মাৰ্গ মুমাপ মূৰ	(Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड		Basis/Proof	
अस्प संख्या अस्पतारणगणित से आरी की गई प्रतिवेदन सूची संसन्त							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायात किसी अन्य स्त्रेत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	100000000000000000000000000000000000000						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य महायश किसी अन्य स्त्रेत से लिख गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		DOV					
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		Left eye					
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED							
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			SICS	7 100			
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED							
			इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	सहायता किसी अन्य र	स्त्रोत से लिया गया हो?		
BWEH				E			
		BI	Hadu				

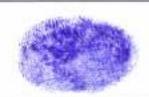
DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा पोचना पत्र:

- 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 reimbursament, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) में चोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सवी है। परि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरात की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशर", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मरा गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राश का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोठनियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और प ही परिष्य में सुँच।

AGREEMENT by APPLICANT (anits and witt)

- 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/schievements. 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 प्राय पर अपने इस्तक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुण्टि करता हूँ एवं "कोशिका पर्रावेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा पाम, पत्न, फोटो और वो विकास इस प्रथम में घोषता है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पान, यायना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिखे किसी भी प्रसार यायान से प्रसार व्यापता करने के लिए आधिकृत है। मेरे प्रथम का विकास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमात है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकास जो कि सहामता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहामता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदम र्च हरताहर पर आंगुले का निवान



AGREEMENT by HOSPITAL (KHARH BIL WITK)

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 shall 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

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the petient, 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 अधिकृत, इस्ताक्षरी को और से मामले रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से किटिय सहायता हेतू सियारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निन्न प्रकार से मान्य व नवीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य रक्षेण से उका दोगी मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" में सियारिश विनित्त तकता के सम्बंध में "कोशिका परउन्देशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनित्त अभित्रक सकता हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से यहायता लेने का अधिकार सुर्शिश रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मरद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से नहीं लेगा लोगी।

2. "क्रोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायत केवल वितिय प्रकृति की है। ग्रेगी पर इस्पताल ग्रुग ये गई मलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का पुराब ग्रेगी एवं इस्पताल के बीच का विवय है और "क्रोशिका फाउन्डेशन" ग्रुग किसी प्रकार का कोई रवाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में ग्रेगी के इलाव सुरक्षा और वाने की साथै विस्मेदाएँ ग्रेगी एवं इस्पताल की होगी और "क्रोशिका" की कोई भूमिका या विस्मेदाएँ इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery ऑस्ट्रेशन की तारीख Dr. Rachel Joseph Name: Designation & Stame of Authorised Signatory 10/2/2019 (Name of Dr. & Regn. No. will 915) FIG droll behalf of Hospital) हास्टर का नाम य इस्स्टिक्टिस्टिस्ट्र No. 55457 B.W. Lion कार पद हरकाल अधिका अधिका विश्वती है। अन्तरिक उपयोग होता Eye Hospital (कार्र) Off J.C. Rend, Bang Jest - 20 to 2 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हमतक्षर । न्यासी हस्ताक्षर १