019/04/0188

		ORM FOR ASSISTANCE हेत् आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय		Koshika	
Country mann b	The second second	11710013	APPLICATION DATE:	07/2019	Building block of Bla	
NAME of APPLICANT : आनेएक का नाम	Jami	ila	AGE-YEARS SE			
FATHER'S/SPOUSE'S NAM चित्र/कटुम्म का चन	ME: B	ashle				
343, get Mathus	9 ()1	PRESENT RESIDENCE ADDRESS 2 6 00 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS Same 000	ः स्याई आवासीय पता	h	Recop Post	
OCCUPATION: 1_1 = 1	. (. (.)					
TOTAL ANNUAL INCOME : सुत वार्षिक ठाए	NA	n-Je		(Attach Proof of I	\$) I UNMARRIED (अविवाहित) ncome) हितन) A/ A	
PAN No. स्थाई खाटा प्रेक्स ARE YOU AN INCOME TAX म्या आप आप कर दाता है (1	ASSESSEE जो मान्य हो :	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes/No 101 / gg		- A I	
		FAM	ILY DETAILS परिवार			
Sr. No. सम संख्या	N	ame of Family Mombor रिवार के प्रायस्था का भाग	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
W-1 1104	-	30-10-10	वस्र (वर्ष)	हिनंद (Y)	आवेदक के साथ सम्बद्ध 114 t \ DON-	
		~~				
			_			
11		BASIS for REQUESTING ASSIS	TANCE (Tick whicher	ver is applicable)	1	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीथे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्षमा प्रति संसाण करे।		. EWS Certificate (Attach Gertificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रवाण पत्र (प्रवाण पत्र की कावा प्रति संताण करे।	(Atta उपमो	on Card ch Copy) क्या कार्ड शया प्रति संसाद करे।	Any Other Basis/Proof জন্ম কাৰ্চ লঙ্গ্ৰ	
)		"PURPOSE" for RE सहायत हेत किर	QUESTING ASSISTA	NCE:	15	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्प्यास/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकेदन सुची संसाद					
	RE - Pecudophakia					
	LE - Comeal Stabbylows					
	-637	ngery - p	K. C. L.)		
- 0		ASSISTANCE BEING AVAILED for S इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य स	SAME "PURPOSE" fre डायदा किसी अन्य स्रोत	om OTHER SOURCES में सिख गया हो?		
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम		- 1	ती गई सहायता रासी	
-		SCEN	-		2.7	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चीपणा 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 assistable 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
 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, of the which this assistance is requested.
- मैं संक्रम करता है कि इस प्रक्रप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं नहीं है। मीर कोई विकरण एवं कमन असल्य पाम कात है तो मेरी नहायता निरात की का छे
- 2) मेरे द्वार भी शताबता राति "क्रोरिका फाउन्बेशन", मे ली जा राति है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जानेगा, जो इस प्रकार में मध गया है।
- मैं पुष्टि करत हैं कि किस स्वापत तेतु यह प्रार्थन की गई है, इस सीत का अतिक या सकत दिस्सा किसी अन्य खोटनियोक्क बीच कम्मनी से न तो तिथा है और न ही पविष्य में लुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (अल्लेक क्रूप करर)

- 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 modium, 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 प्रत्य पा अपने इस्तवहर पा अंदर्र की झार लगकर, मैं (आवेरक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्षेत्रिका पाउदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, वात, पांटो और वो विकास इस प्रत्य में घोषित है, उसे "क्षेत्रिका" एक्ट् न्यासी, रान, पानतत्त्र पूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिने किसी भी प्रसार माम्यम से प्रशास करने के लिए कोंग्रेस का विवर की प्रवास का विवरण मेरे इसान के पहले या कर में करने के लिए "कोंग्रेसम काउड़ोसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहसत हूँ कि मेरा चाम, फार, फोटो और विकाण को कि महायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रतम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : कावेदक के इसलावर पर आंगुडे का निवान

AGREEMENT by HOSPITAL (\$490H (\$10 40))

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 besed 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.

हमरे अधिकृत, इस्तावरों को ओर से मामले ऐसी को "कोशिका फानवेशन" से वितिय सहायता हेंद्र सिफारित की जाती है, जिसे हम (इस्तावर) फिन प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न से वर्तपान और न ही परिच्या में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त दोनी प्यानले में लेंगे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पारन्वेशन" से सिकारित जिसके के सम्बाध में "कोशिका फानवेशन" इस प्रतास किसी अन्य स्थाप में "कोशिका फानवेशन" इस प्रतास है। वित्त "कोशिका फानवेशन" इस स्वाध्य किसी कान गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बाधन से सहस्थात लेने का अधिकार सुर्विश्व रखता है। इस पृथ्वि में स्थाय कहा वित्त में स्थापता देवीय नवर उक्त देवीयमानते हेंद्र किसी मेर सरकारी संस्था या किसी अन्य संख्या से लेक्स संस्थापता है। इस पृथ्वित रखता है। इस पृथ्वित स्थापता है। इस पृथ्वित स्थापता है। इस पृथ्वित स्थापता है। इस पृथ्वित स्थापता है। स्थापता है। इस पृथ्वित स्थापता है। इस पृथ्व

2. "क्रीतिका फाउन्केशन" थे ती गई सहस्था क्रेयल स्थित प्रकृति की है। रंगी पर इस्त्याल द्वार यो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिय का पुनाब रंगी एवं इस्ताल के बीच का विकार है और "क्रीतिका फाउन्केशन" द्वार किसी प्रकार का कोई स्थान नहीं है। इसलिये इस्ताल में रंगी के इलाव सुरक्षा और अने जाने की सारी विम्मेदारी रंगी एवं इस्ताल की होगी और "क्रीतिका" की कोई पूमिका या विम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR A स्योक्षी को लिए			
Date of Surgery ऑफीस की तरीख 2 2 7 19	Dr Nelia (Capsor Reg No - 32 6 3 7 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) size of 34 8 seeks 8 18 2	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ন্য ৰ খং হদবাল এখিকুল এখিকাট		
E - 57	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOU	NDATION अन्तरिक रुपयोग हेत्		
SIG	NATURE of TRUSTEE 1 PORT SEGRET 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याची इस्तक्त 2		
ξ	aferryal	liet E		