	• 0	19/07/021	5
M FOR ASSISTANCE आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय	care) देखभाल)	Koshika foundation
	APPLICATION DATE : गावेदन तिथी AGE-YEARS आ	19.07.2019 पु-वर्ष SEX लिंग	Building block of life.
in	44	m	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS DIFKI POST SCHOWONPU	unpla Kh	Praolesh	Pre OP Post OP
MANENT RESIDENCE ADDRESS			01 Mohasin
		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
0		(Attach Proof of I: (आय का साक्ष्य स	ncome)
ick whichever is applicable): पर सही का निशान लगाये।	Yes / N	ही	
e of Family Member	MILY DETAILS परिवा Age (Years)	Gender	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
ार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष) <i>U</i> 8	लिंग <i>M</i>	Son
ay also	40	m	SON
BASIS for REQUESTING AS	SISTANCE (Tick whice	hever is applicable)	
सहायता के लिये विनित	। आधार		
EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न व	ر) خ	Ration Card Attach Copy) पभोक्ता कार्ड की छाया प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
सहायता हेतु	REQUESTING ASSIS किये गये विनती का उ	द्देश्य:	
la samo	Medical Reports/Pres ताल/डॉक्टर से जारी की	scriptions Attached गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
gnosis - RE	Brown	Catarac	
) LE	Black	Catarac	
		SPECIAL MAY WANTED THE THE OWNER OF THE WANTED THE	

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) **BPL Card** (Attach Card Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQU सहायता हेतु किये गर

Name of Family Member

परिवार के सदस्यों का नाम

Manyad all

AFSOM

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप

PAN No. स्थाई खाता संख्या \(\sum_\) A

ARE YOU AN INCOME ȚAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई

APPLIZATION No. :

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम

आवेदन संख्या :

OCCUPATION: व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

Sr. No.

क्रम संख्या

(1)

(9)

Medical Sr. No. अस्पताल/डॉव क्रम संख्या iagnosis (9) SCUY 9 PLLE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES महायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	SCEH	
		31

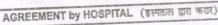
- DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assis.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such as
- 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 a
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा 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"
- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद मे करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मै (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ॲतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

- 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 (Hospital) hereby affirm & accept following: 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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाठन्डेशन" से विदिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उनत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्जुर नही किया जाता है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहावता लेने का अधिकार सुरिश्वत रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा∕लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार **का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के** इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल

की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। aux RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Dr. Gaurav Shah (MS) Reg. MCI/10-37302 Date of Surgery nation & Stamp of Authorised Signatory ऑपरेशन की तारीख on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी 20.07.2019 का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 2 वासी इस्तक्षिर 1