(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्वय देखधात) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप APPLICATION No.: 5 69191 APPLICATION DATE: (2) 1390/19) अमेरन तिथी आवेदन शंद्रण : AGE-YEARS SHY TH SEX Rin NAME of APPLICANT: Kanti Devi आवेदक का नाम 45 Guddu EATHER'S SPOORE'S NAME : पिता/कट्य्य का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता Navigeran Comp Goverd Dur Now Del PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता PHALLE Houseun pe MARRIED (निवारित) / UNMARRIED (अभिवारित) OCCUPATION: TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.44-Loce (family Income) (Attach Proof of Income) (अव का साव्य संस्पन) कुल वार्षिक ज्ञाप PAN No. स्थाई खाता संख्या Yes (No) ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आव कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS TRATE STATE Relation with Applicant Concles Name of Family Member Age (Years) Sr. No. आवंदक के साथ सम्बंध परिवार के सदस्यों का नाग उम्र (वर्ष) क्रम संस्थ Hus bono nundu Daughter FYMU 117 Scon 18 1725 Vishal 11 111547064 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहावता के लिये जिनति आधार Any Other BPL Card **EWS Certificate** Ration Card (Attach Copy) (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof उपमोक्ता कार्ड अल्प आन वर्ग प्रमाण पत्र नरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साहत (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतान करे। (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संतान करे। (प्रयास पत्र की सान्य प्रति शंतान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गर्ने विनती का उट्टेरवः Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पतात/डॉक्टर से कारी की गई प्रतिकेदन सूची संतान क्रम संख्या Pataract 0100 RE Phoco + low SUX! ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दरप के हेतू कोई अन्य सहस्यक्त फिसी अन्य उन्होंत से लिया पना हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILS IS NAME of OTHER SOURCE St. No. ली गई सहस्था राशी क्रम्य इसेत का नाम क्रम संस्थ 27110

DECLARATION by APPLICANT: उपनेपक क्या मोनना पत:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise statement will render my Application 5 ongoing assistance, if any, sabte for rejection/cancellation.
- I solernny 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 mo.
- I hereby confirm that I have not 5, will not in future, avail of reimbursement, in part or In full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं चोचना करता है कि इस प्रारूप में दिने गने सभी जिनला गेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सत्ती है। विद कोई विकास एवं कथन क्यान पत्म जात है तो मेरी सहायता विवाद की का सकती है।
- 2) भेरे द्वार जो सहायता सन्ति "कोलिका फाउन्केशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जाएंगा, जो ६२ प्रास्त्र में भए गया है।
- में चुंद करत हैं कि फिल महायक हेतू यह प्रचंच को गई है, इस सीत का अशिक या सकत दिला किली अन्य इंटरनियंत्रकाचीक कामनी से न के लिया है और न को पविष्य में सूनि।

AGREEMENT by APPLICANT (sinks Gill 4-51)

- 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 प्रश्न पर अपने इरक्षका था अंगडे की शाम लगावर, में (अवंदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हैं एवं "कॉलिका पर्स्टटेसन और उसके न्यासेनों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो जिल्ला इस प्रथम में लिये किसी भी प्रधार माण्या से इसलिए करने के लिए अधिकत है। मेरे प्रपार का प्रधान के पहले के लिए अधिकत है। मेरे प्रपार का पिकान के पहले के लिए "कोशिका अंगडेंसन" व नासी अधिकत है।
- 2) में (आवेदक) इस बात से सहयत हूँ कि मेर नाग, फात और विवशन को कि सहयता के इट्टेंट्यों से प्रार्थित है मुद्दे स्वतः स्वाध्ता का इकटार नहीं नवा। इस सम्बंध में "क्वेतिका" एका उसके न्यायिकों का निर्णय और नाव्यकार्थ लेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेरक में इस्ताहर व्य अंपूर्व का निशान

रका ली

AGREEMENT by HOSPITAL (TIGHTS DO WOT)

By afficing herounder, signature of our Authorised Signatury for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Houpital) heroby affirm 5, accept following

1) that we neither are presently nor will in future evail of financial assistance from another NGO or any other source, for the sume potient/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 essume 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, हमतावरी की और से जामले/एंगी को "कोरितक फाउन्हेशन" से जिल्लेय सहावता हेतु दिल्लारित की जाते हैं, जिले हम (हमपात) निन्न प्रकार से मान्य न करीकार करते हैं।

1) यह कि न हो कांधन और न ही फांक्य में किंदित नहावता किसी के सरकार्य संस्थान का किसी अन्य कोत से उस्त रेगी-मामले में लेंगे मा ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोरितक फाउन्टेशन" से सिक्यारितियां करता में के सम्बंध में "कोरितक फाउन्टेशन" हुए महार की किया नाता है तो असताल किसी सम्बंध में सिक्य मा किसी अन्य सम्बंधित के स्थान के सरकारी संस्था मा किसी अन्य सम्बंधन से स्थानक लेने का अधनार सुर्वका रहता है। इस मुद्द में स्थान करा जाता है कि अन्य सम्बंधन से स्थानक लेने का अधनार सुर्वका रहता है। इस मुद्द में स्थान करा जाता है कि अन्यवाल दिल्ली सक्त से से स्थानक से सामकार्य से सामकार्य में स्थानक से सी संस्थान मा किसी अन्य सम्बंधन से लेकी संस्था मा किसी अन्य सामकार्य से नहीं लेकारकार्य है।

- 2. "कोशिका पाउन्होंगन" से तो गई स्टायक केवल विशेष प्रकृति को है। शेगी मा अस्थात हारा दी गई सलाई ना किये गई उपनाप्रक्रिया कर पुनाब सेवी एवं उस्पातन
- के बीच का विश्वय है और "कॉशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये दरणकार में हेगी के इलाब सुरक्ष और आरे जाने की सारी निर्ण्येक्सी रोगी एवं रस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई पूजिका का विश्वेदारी इस सबकों में को होती।

		ENDED FOR ACCEPTENCE ती मो रिनप् शंतरपुति	
Date of Surgery अधिक की करीब न निवित	Dr. Shubba Mounta Dr. Shubba Mounta (Name of Dr. & Regin. No. with S Steel at the states a da.	Dr. V.Pr Thakrai Modicul Supported (%) & Stamp of Authorised Signator SHROFF EYE (CET on Behalf of Hospital) A.9, Kadash Color (%) हस्यात अधिकृत अधिकारी	Ŋ
	FOR INTERNAL USE of		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हमतावर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तव्यत 2	
	Enfunge	lit	