PLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप		thcare) ग देखभाल)	Koshika
D/0624/0002	APPLICATION DATE	1-24	Building block of life.
T:	AGE-YEARS		
	6.3	F	
010 - RAM Breathad			
PRESENT RESIDENCE ADDRE	SS वर्तमान आवासीय प	ता	
		WIII	
			PRE POS
		MENTIL ATTO	
	- 132122		
ME.		MARRIED (विक	हित्र) / UNMARRIED (अविवाहित)
36000/-		(Attach Proof o	f Income)
स्थ्य		(नान का सायव	90.47
TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): है (जो मान्य हो उस पर सबी का निशान लगाये।	Yes / N	lo not	
Name of Family Momber	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
		िलिंग	आवंदक के साथ सम्बध
Kom Drashad	10	M	Husbard
Santan Harris	0.0	111	0
Sanstill KUMOI	77	7-1	504
Ka blan a made	70	12.4	C.
		No. 11	San
Way Kamar	32	M	Say
BASIS for REQUESTING AS	SISTANCE (Tick which	ever is applicable)	
11177 11 11177	आधार		
Copy) (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)		Any Other
15 (15) 15	उप:	पोक्ता कार्ड	Basis/Proof अन्य कोई साक्य
त सलान करा (प्रमाण पत्र का छापा प्रात सलान क	र। (प्रमाण पत्र की	स्रया प्रति संलग्न करे।	अन्य काइ सादय
"PURPOSE" for	REQUESTING ASSIST	ANCE:	
स्थाप्यम रेन १	किये गये विनती का उद्दे	स्य:	
		7111	
M	edical Reports/Prescr ाल/डॉक्टर से जारी को ग	iptions Attached ई प्रतिबेदन सची संस्था	
M. अस्पत	edical Reports/Prescr ाल/डॉक्टर से जारी को ग	iptions Attached ई प्रतिबेदन सूची संलग्न	PI L
M. SHVIII	edical Reports/Prescr ाल/डॉक्टर से जारी को ग	riptions Attached ई प्रतिबेदन सूची संलग्न EAULE	Eatwart
M. अस्पत	edical Reports/Prescrine/डॉक्टर से जारी को ग	iptions Attached ई प्रतिबेदन सूची संलग्न ENILE	Eatwart
M. अस्पत	edical Reports/Prescr शल/डॉक्टर से जारी को ग	iptions Attached ई प्रक्षित सूची संलग्न ENILE	Eatwart Calwart
M. अस्पत	edical Reports/Prescrinc/डॉक्टर से जारी को ग	ई प्रतिबेदन सूची संलग्न ENILE NILE	Eatward Catward
M. अस्पत	edical Reports/Prescr तल/डॉक्टर से जारी को ग हिन्स की	iptions Attached ई प्रक्षित सूची संलग्न हिमार्टि	Eatwart Eatwart Porol VLA
M. अस्पत	edical Reports/Prescri Int/डॉक्टर से जारी को ग टि – जि	ई प्रतिबेदन सूची संलग्न ENILE NILE	Eatward Catward
M. अस्पत	edical Reports/Prescriter/डॉक्टर से जारी को ग	ई प्रतिबेदन सूची संलग्न ENILE NILE	Eatward Catward
Diagnosts J Diagno	INVESTACE HE WILL AND THE SELECTION OF SAME "PURPOSE" OF	FINALE ALLE FOR OTHER SOURCE	Eatward Catward Perol VLA
Storgory - Lo Assistance being availed to set organs and set	MR/डॉक्टर से जारी को ग	学 xitades 7 映画 社会で を分けた かけた かけた かけた かけた prom OTHER SOURCE in 社 信句 1 中旬 記?	Eatwart Eatwart Porol + LA
Diagnosts J Diagno	MR/डॉक्टर से जारी को ग	学 xitades 7 映画 社会で を分けた かけた かけた かけた かけた prom OTHER SOURCE in 社 信句 1 中旬 記?	Eatwart Eatwart Potol & LA I ASSISTANCE BEING AVAILED
Storgory — La Assistance being availed to इस उद्देश्य के तेतू कोई अन्य NAME of OTHER SOURCE	MR/डॉक्टर से जारी को ग	学 xitades 7 映画 社会で を分けた かけた かけた かけた かけた prom OTHER SOURCE in 社 信句 1 中旬 記?	Eatwart Eatwart Porol + LA
	सहायता हेत् आवेदन प्रारूप 1	सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य 1	सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल) 1 06 24 0002 जार्यदन विश्वी 6 - 29 T: AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX विशे 6.3 F BRAWLY BRAWLING ADDRESS: स्थाई आवासीय पता PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता MARRIED (विश्वा MARRIED (विश्वा MARRIED (विश्वा MARRIED (विश्वा MARRIED (विश्वा TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम ROM Proshad PROSPORT BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाति आधार RATION Card (Attach Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ष प्रकाण पत्र (प्रमाण पत्र को खाना प्रति संलान करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

DECLARATION by APPLICANT: अस्वेदक द्वरा घोषणा पत्र:

- 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 assistance, if a liable for rejection/cancellation.
- 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 assistance
- 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में रिश्वे गये सभी विवस्थ मेरी जानकारी के अनुस्तर सल्य एवं सकी है। मदि कोई विवस्य एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहावता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यगा, को इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस तारि का आरिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मिवप्य में लुँगा।

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" 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 प्रयत पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि फरता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्र का विवरण मेरे इस्तज्ञ के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (अस्वेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटा और विवसण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदन के हस्ताक्षर या अंगूने का विरामने

AGREEMENT by HOSPITAL (शस्पताल द्वारा करार)

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 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, इस्ताक्षरों की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से बितिय सहावता हेतू सिफारिश की बाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में बितिय सहावता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन"

से सिफारिश/बिनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" हारा मदद हेतू कि है। विर "कोशिका फाउन्हेशन" हारा सहायता बिनित आशिक/सकल हेतू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य में "कोशिका फाउन्हेशन" हारा सहायता बिनित आशिक/सकल हेतू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सन्तापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। सेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कियी 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 सामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Dr. Julie Pegu **Date of Surgery** Consultant Glaucoma Regd. No. 31318 ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn, No. with Stamp) 6-6-24 on behalf of Hospital) DR S नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी कावरर का नाम व इस्ताक्षर व राज्य छ। आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 2 न्यासी हस्ताक्षर 1