APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE RETURNED FOR ASSISTANCE RETURNED A			W.   W.			
AGE YEARS SING AND E AND AND E AND						Koshika foundation
Server Deviles का जम Server Devil Book FATHER SUPPOSES TRESIDENCE ADDRESS जिंदामा आपारीय पता  PRESENT RESIDENCE ADDRESS जिंदामा आपारीय पता  Dang and bang and Jang and Doring and Bright Graph Supposed of the Server of the Serv		V/0425/000	.5 AF	PPLICATION DATE : बंदन विधी	01/04/25	Building block of life.
PRESENT RESIDENCE ADDRESS RETURN AMERICAN THE PROOF OF INCOME.  JUNE MACHINER, U.S.P. 38/302  PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: RETURN AMERICA THE PROOF OF INCOME.  GREET STEELS AND ALLES OF A SECRET CHAS WINDOWS AND A SECRET STEELS AND A SECRET STEEL		Barfi De	vi			-
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्षण्य अवस्पारिय पता  Dang an Jang an Jang an Dang an Residence Address and Address an		IAME: ASShara	m	- W		THE HALL
Same as above  OCCUPATION: He maken		bong an Jan	ng ali bon U.P. 28120	ng an ,		Preop Postop
OCCUPATION:		The residence of the later of t	1000	-10		
करवासाय जिल्ला कर	OCCUPATION :			DOV	Land State of State o	el Lucia porto (videnta)
क्रम संख्या अप	व्यवसाय		marei			Minute Strang Character (CACACACACACACACACACACACACACACACACACACA
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE [Tick whichever is applicable]: क्या आप जाय कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान तमाये।  Sr. No.  Name of Family Member परिवार के संस्था अंदिया तिवरण अप अ	कुल वार्षिक आय	560001-	- (Fami	14)	(आय का साह्य	मेलन) NA
Sr. No.     Name of Family Member     परिवार के सदस्यों को जाम     Su (Years)     Su (Years)     Relation with Applicant     Su (अप)     Relation with Applicant     Relation Card     (Attach Copy)     Relation Card     (Attach Copy)     Relation Card	ARE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE (Tick whichever	is applicable):			
Sr. No.  Name of Family Member discrete के नाय प्राप्त के सहत्यों के नाय प्राप्त के सार्व मान्य अपने के सार्व मान्य मान्य अपने के सार्व मान्य मान	क्या आप आय कर दाता ।	। (जा मान्य हो उस पर सहा का ।				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  HERITAGE के रिकार विभाव के रिका	Sr. No.	Name of Family M	ember	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  HISTORY OF THE SOURCE  BELCARD (Attach Card Copy)  गरीवी रेखा के जीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को आपा प्रति संसान करे।  Sr. No.  BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  HISTORY OF THE SOURCES  Ration Card (Attach Cord Copy)  Any Other Basis/Proof  Surva कोई साक्ष्य  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  HISTORY है किये गये विजती का उत्देश्य:  Madical Reports/Prescriptions Attached  SHAMERS है किये गये विजती का उत्देश्य:  Madical Reports/Prescriptions Attached  SHAMERS है किये गये विजती का उत्देश्य:  LE — Catarraft  Catarraft  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हें कु कोंग्रे अन्य माहायवा किसी अन्य महायवा किसी अन्य	क्रम संख्या					
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहरवा के लिये विनित आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीवो रेखा के जीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को इसपा प्रति संलग्न करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहरवा के लिये विनित आधार (प्रमाण पत्र की क्षणा प्रति संलग्न करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र कांडा इस्ति संलग्न करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का बर्दरेग्य:  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतालाइकिटर से बारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न  [RE - Cartaract  LE - Cartaract  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु को अन्य सहरवता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम		Rainswai	204			West Street Company
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  सहायता के लिये विनति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) शरीबी रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलान करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  कम संख्या  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतु कोई जन्य सहायता विकसी अन्य स्कांत से लिया गया हो?  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतु कोई जन्य सहायता विकसी अन्य स्कांत से लिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतु कोई जन्य सहायता विकसी अन्य स्कांत से लिया गया हो?  Sr. No.  BASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतु कोई जन्य सहायता विकसी अन्य स्कांत से लिया गया हो?  Sr. No.  BASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देशय के हेतु कोई जन्य सहायता विकसी अन्य स्कांत से लिया गया हो?  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED के अन्य स्कांत को गई सहायता रायों	2.	Bomsonth			na	son
BPL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छत्या प्रति संतान करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सत्रेत का नाम  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सत्रेत का नाम  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सत्रायता किसी अन्य स्थीत से लिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सत्रायता किसी अन्य स्थीत से लिया गया हो?  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थीत का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हमी महं सहायता राशी	3.	Bobita		36	F	Doughter in law
BPL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छत्या प्रति संतान करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सत्रेत का नाम  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सत्रेत का नाम  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सत्रायता किसी अन्य स्थीत से लिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सत्रायता किसी अन्य स्थीत से लिया गया हो?  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थीत का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हमी महं सहायता राशी						
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को समय ग्रांत संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किये गये विनती का वर्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/इंकिटर से वारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न ग्रिष्ट — Cartaryact  LE — Cartaryact  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वांत का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED श्री महं सहायता राशी					never is applicable)	
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतालाडॉकर से जारों की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न  RE - Cataract  LE - Cataract  LE - Cataract  Assistance Being availed for same "purpose" from Other sources इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of Other Source अन्य स्वांत का नाम  River Heaven रही सहायता राशी	(Attach Card Copy) (Attach Certificate Co गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण		Certificate Copy) आय वर्ग प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे।	(Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड हरे। (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संलग्न करे।		Basis/Proof
अस्मताला/डॉक्ट से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न  RE - Cataract  LE - Cataract  Sung erg - (EE) - SJCS + PMM A  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वोत का नाम  अन्य स्वोत का नाम			"PURPOSE" for RE सहायता हेतु कि	EQUESTING ASSIS ये गये विनती का उद्	TANCE: देश्य:	
LE - Cataract  LE - Cataract  Sung eng - (E) - SICS + PMM A  Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम  RI गई सहायता राशी	- FEET (ASSES)	(LL 176)				
LE - Cataryact  Sung eng - (E) - SJCS + PMM मे  Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम  ROUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सेम संख्या अन्य स्थात का नाम सेंग	क्रम सख्या	अस्पतिकाश्वादर से बात का गर आतंत्रका सूचा तरान				
Sung eacy — CE - SJCS + PMM में  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य महायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम संख्या अन्य स्थात का नाम संख्या	307	VZV				
Sung eacy — CE - SJCS + PMM में  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य महायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम संख्या अन्य स्थात का नाम संख्या		THE STREET	1 =	- Cat	aract	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम ली गई सहायता राशी	150	1				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम ली गई सहायता राशी	16			11/10/	- 1 N D C	11/1
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम  शि गई सहायता राशी	13	Engine 2	Sung en	y - (	EZ - SJCS	+ PMMA
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम  शि गई सहायता राशी			0 0	1000	100000	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  क्रम संख्या  अन्य स्त्रीत का नाम  सी गई सहायता राशी				COMP III	L CALLED SOUR	NEG
क्रम संख्या अन्य स्थात का नाम ली गई सहायता राशी		इस उद्	देश्य के हेतू कोई अन्य	सहायता किसी अन्य	स्वोत से लिया गया हो?	
1. ABCS 2000/~	क्रम संख्या		अन्य स्थात का नाम			
	1.	ABCS			10001-	

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पांपणा 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 any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I salemnly 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.
- 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.
- मैं चीवणा करता हूँ कि इस प्रारूप में रिये गये सभी खिवाण मेरी जानकारी के अनुसार बाय एवं सही है। यदि कोई विकरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी महावता निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सहायता ग्रांश "कोशिका फाठन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं मुख्य करता हूँ कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का भागिक पा सकल हिस्सा किसी अन्य मोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से व तो लिया है और व ही मुख्यि 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 प्रयत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगडे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सत्तमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फार्वडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "काशिका" एवम् न्यामी, रान, धावना/चा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियाँ और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या चार में करने के लिए "कोशिका काउडेसन" व न्यासी अधिकत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और किवरण जो कि सहायता के उन्देश्यों से प्रार्थित है सुझे स्वत: सहायता का इकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रोशिका" एवप् उसके जासियों का निर्णय आतिम और बाध्यकारी दांगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अगुठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (SERIES SIN 1608)

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

हमारे अधिकृत, हस्ताखरी की ओर से मामलेरोगी को "ओरिका फाटन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहस्रता विस्ती गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रीत से ठवा रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका भाउन्हेशन" से सिफारिश/विनीत उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित्त आर्थिका/सकल हेत मन्त्रर नहीं किया जाल है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या विसी अन्य सन्साधन से महायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पन्न कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद ठका रोगी/मापले हेतु किसी गैर भरकारी संस्था चा किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेगर" से ली गई सहायता केवल चितिय प्रकृति को है। रोगो पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया कर के बीच का विषय है और "कोशिका जाठ-देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका जा किम्पेदारी इस मामले में नहीं होगी।

पर्वे प्रस्थताल Adronistrate RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE DE SUFYAN DATA THE HER HEIGH M.B.B.S., DOMS, DNB Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख an Distt.-Mo (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

01/04/25

(Name of Dr. & Rean, No. with Sta डाक्टर का नाम व हस्ताबर में रजि. त.

आन्तरिक उपयांग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकत अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताजर 2

30-11-2024