APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)						Koshika foundation	
APPLICATION No.	0022	APPLICATION DATE 8-9-25			Building black of life.		
NAME of APPLICAN		AGE-YEARS 3		SEX लिंग			
आवेदक का नाम	2.1	54		F	1 0 0 1 W 8		
FATHER'S/SPOUSE' पिता/कटुम्म का गाम	Shayno -	Wasim					
Holl	00-B-5	PRESENT RESIDENCE ADDRES	s वर्तमान आवासीय प ोटिश्विभिन्नि	pe	vo solu	PPB POST	
10.5. mai	rce Dist	PERMANENT RESIDENCE ADDRES	१९५५ - 10 इ: स्थाई आवासीय पत	033		TEB FOST	
OCCUPATION : Pul	rlian			MA	RRIED (विवाहित	/ UNMARRIED (जिंक्वाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO	TOTAL ANNUAL INCOME:				ttach Proof of Ir		
कुल वार्षिक आय	- 30000	1-		(आय का साक्ष्य स	लग्न)	
PAN No. स्थाई खाता							
क्या आप आय कर दात	ETAX ASSESSEE गर्ड (जो मान्य हो :	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yeş / N सॉ / उ	Vo.	5		
THE PERSON NAMED IN			MILY DETAILS परिवा	77.7.7			
Sr. No. क्रम संख्या	N	ame of Family Member	Age (Years)		Gender	Relation with Applicant	
क्रम सक्ता	परिवार के सदस्यों का नाम		उम्र (वर्ष) ()	लिंग		आवेरक के साथ सम्बध SCM	
(0)	- ONGV	- ONGV		M			
				-			
	+						
		BASIS for REQUESTING AS: सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which	hever is	applicable)		
(Attach Card Copy) (Attach (गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र आल्प उ		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्त्रया प्रति संसन्त क	Ration Cai (Attach Coj उपभोक्ता क करे। (प्रमाण पत्र की छाटा प्री		py) ref	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
			REQUESTING ASSIS किये गये विनती का उद				
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या		अस्पताल/ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
(1)	Dayno	Daynoeis + RE - SENILE -Catoract					
	The contract						
		IF SENTE FRANCE					
		LL - SCIVILLO -LAFATATO					
6	10	Surgery RE - Phonot Prior LA					
	200						
$\overline{}$	1 0	-	6.3				
2.		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उन्देश्य के हेतू कोई अन्य	or SAME "PURPOSE" । सहायता किसी अन्य	' from O' स्वोत से f	THER SOURCES	3	
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या		अन्य स्त्रीत का नाम			ली गई सहस्यता राशी		
18	ODCC	DBCS			- 1		
U	WOL.				100/		
	2000				1		

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषण पत्र:

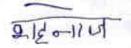
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any,
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, 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) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहावता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा स्ती है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता हूँ कि विश्व सहापता डेतु यह प्रार्थना की गाँ है, उस शांत का आरिक या सकल हिस्सा किसी अन्य झोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक 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 अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि कासा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यामी, रान, याचना/या दूसरे उर्द्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसासित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आर्वेडक) इस बात से सहसट हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाष्यकारो होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आचेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (कस्पताल 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, हस्ताखरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका काउन्हेंशन" से विठिय सहायता हेतु सिफारिश की बातों है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उचत रोगी/भामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"
- से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति अरिशक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनसधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचरप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE ्रस्वीकृती के लिए संस्तुति aucoma Date of Surgery 318 ऑपरेशन की तारीख Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पर हरूपताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।