APPL	E	(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल)			Koshika			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :				APPLICATION DATE :03-05-2024 आवेदन तिथी			Nullding block of life.	
NAME of APPLICANT :			- 100	AGE-YEARS ST	दु-वर्ष	SEX THIT		
अस्पेदमा का नाम	Mus. Sudha De		Vi	° 57		F	- ST	
FATHER'S/SPOUSE'S A PHE/INCOME NO HER	A R RAFE .							
139 Gyan Flax of Muzaff	asinag	ERMANENT RESIDENCE ADDR	100	चा आवसीय पता	na 17	240. 12	Purop Post op Sudha Devi (0082)	
OCCUPATION :	Hon	y Maken	6)		NA.	RRIED (Palific) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कृत वार्षिक आप	E: 47	1000 (Fam	Plu	Incom	w/A	ttach Proof of I आय का साक्ष्य र	ncome) NA	
PAN No. PUIŞ BIRII RİB	1 1 1 1		V	and the same of th	-			
		Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No ਗੱ/ ਗੁਰੂ				
			FAMIL	DETAILS परिवार		<u>. </u>		
Sr. No. क्रम संस्था	No.	me of Family Member रवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उस (वर्ग)	1	Gender लिग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध्	
1.70	R	MORLE		98 (44)	9.15	The state of the s	Husband	
(3)	1	thokush		1 1/2		CALL IN	Daughter in Jan	
(3)	1	ansh				-	Gurand Son	
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि			over is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संतरन करें।		EWS Certificate (Attach Certificate Cop असर आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पत्र की संख्य प्रति संस्थ	ř.	Rati (Atta उपमो करें। (प्रमाण पत्र की		ipy) stể	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
				UESTING ASSIST गर्पे विनटी का उद्दे				
Sr. No. ऋम संख्या	c. Medical Reports/Prescriptions At						9	
	Diagnosis - RE - Pseudophacic							
	LE - Sentle Cataliant							
20,613	10 GM/AXI VIEW MI							
2/10	6	cingen u	1	F- 5	TC	5 (1)	TH PMMA	
			_	- 5				
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेतू कोई	ED for S अन्य सा	AME "PURPOSE" रामता किसी अन्य स	from 0 बोत मे	THER SOURCE	es	
Sr. No. कम संख्या	NAME of OTHER SOUR			the property of the second sec			of ASSISTANCE BEING AVAILED लीं गई महायता ग्रेली	

DECLARATION by APPLICANT: आपेरण द्वारा भोषणा पत्र:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application 5 ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 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
 was requested by me.
- I hereby confirm that I have not 8 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 श्रोपणा करता हूँ कि इस प्रक्रण में दिये गये सभी विशरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन जसस्य प्रथा जाता है तो मेरी सतायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", में ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आशिक या सकत किस्सा किसी अन्य संत्विनियोजक/बीमा कम्मनी से न तो तिया है और न ही पविष्य में तुँग।

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 प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षा या अंगते की क्राण लगाकर, मैं (आयेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका कारतेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, प्रत्ये और जो किवरण इस प्रपत्न में प्रोपित है, उसे "कोशिका" एवम् नाम्या इसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों में लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या कार में करने के लिए "कोशिका प्रवाहमण व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेटक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और निवरण जो कि समापता के उद्देश्यों से प्रापित है मुझे स्वत: सहापता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताक्षा या अंगुते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (#FRIER GRI WOT)

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, इस्ताक्षरी को ओर से मामलेरोगों को "कॉरिशका फाउनोशन" से नितिय सहायता हो। सिफारिश को जातो है, जिसे हम (हस्पतात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वोकार करते हैं।

1) यह कि न तो मर्नेमान और न ही मनिष्म में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। विर "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल हितीय यूर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंध से नहीं लेग्य/लेगी।

2. "क्रोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सम्रायक्ष क्रेक्स फिरिय प्रभृति की है। ऐगी पर हस्यक्षल प्रारा ची गई सलाह या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का जुनान ऐगी एवं हस्यकल

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वार 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 धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE जु QAud पुर्विक्त्री के लिए संस्तुति ARNAB MODAK **Date of Surgery** Dr. GARVITA JOSHI ऑपरेशन की तारीख Stanto of Rollhorised Signatory DMC No.-79866 03-05-2024 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर (न्यामी हस्ताखर 2





भारत सरकार

Government of India

Minimum with / Engalation No. 2004/00/1910/07

TO STATE OF

Softs Don WO Galage 129 Francisco D

Hashippe Lidge

Middlerings thanhair St Uter Frame 342772

· 注册的国际规模(Girth



HIVE TOT MAIN / Your American No. :

8201 7591 6568

आधार - आम आदमी का अधिकार



PRESENT Government of India

915.00 THE THE OOR DESIGNATION



8201 7591 6568

ाधार - आम आंदमी का अ^ह

