APPI		PRM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	(Healtho (स्वास्थय दे		Koshika
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	N 0821	1 0084 APPI	LICATION DATE : न तिथी 21-08	3-2024	Building block of life
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Yam	0	AGE-YEARS अगु	-वर्ष SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S पेता/कटुम्प का नाम	NAME: Ham		turn amurika mar		
18	Brades	ai, Hapwy, H	apus u	ttovy	A Section 1
					Pre Rost
OCCUPATION :	(about				/ UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : मुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Inc (आय का साक्ष्य संस	ome) सन्)
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME स्या आप आग कर दाता	ख्या TAX ASSESSEE (	/ Tick whichever is applicable): स. पर सही का निशान लगाये।	Yes / No ਗੱ/ ਕਰੀ		
Sr. No.	I No		DETAILS परिवार ' Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम	उम् (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध
4	Sakila		50	F	wife
		BASIS for REQUESTING ASSISTA		ver is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के मीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न करें।		EWS Certificate (Attach Certificato Copy) अरूप आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खाया प्रति संशय्न करे।	Ration Card (Attach Copy) उपघोत्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की खया प्रति संसन्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
		"PURPOSE" for REQ	UESTING ASSISTA गये विनती का उद्देश		-
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/बॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न				
(1)	Diagnosis- RE Total Cataract				
	)				1)
2.)	Swig	ery - RE SI	S with	n pmmp	ja
No. Ja	V	U			
		ASSISTANCE BEING AVAILED for S इस उद्देश्य को हेत् कोई अन्य सा	AME "PURPOSE"	from OTHER SOURCES	3
Sr. No. ऋम् संख्या	NAME of OTHER SOUR				ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
19	NA				
	-				

## DECLARATION by APPLICANT: आयेरक द्वारा घोषणा पत्र:

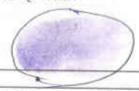
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Kouhika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & 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.
- में थोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कीई विवरण एवं कथन असल्य पामा जाता है तो मेरी महायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता सति "कोशिका फाउनोशन", में सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उपेत्रय की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में बस गया है।
- 3) में पुष्टि करता मूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का जाशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य क्षेत्र नियांगक/बीचा कम्मनी से न तो लिया है और न सी मिन्स में लेगा।

# AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कार)

- 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 प्रथत पर अपने हाताबर या अंगते की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमात की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउँडेशन और तसके त्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फाँटी और जो विकाश इस प्रयत्न में पांचित है, उसे "कोशिका" एवम् त्यासी, पान, कावना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाण के पहले या बाद में काने के लिए "कोशिका फाउँडेंसन" व त्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायदा का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कीशिका" एवम् उसके त्यांतियों का निर्णय औतम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेएक के इस्ताधर वा अंगुठे का निशान



# AGREEMENT by HOSPITAL (हमलाल छूर। 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

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/दोगी को "कोशिका फाउन्हेंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की आती है, जिसे हम (हस्तवाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उसते दोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन"

से सिफारिश/विनित उसते के सम्याय में "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा मदद हेतु कि है। चंदि "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्दुर नही-किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सन्वाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्रावत रखता है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उसते रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संधन से नहीं लेता/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव पेगी एवं हस्यताल के बीच का वित्तय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रवास नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं शोगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए, संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख

22-08-2024

Phipul

(Name of Dr. & Regh. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 =यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताकर 2

lite.