APPLICATION NO. S 105 2 4 01 41 APPLICATION NATE 17-05-20 ALLEGA WAS ARREST AND STORY OF THE ALL CHARLES AND ARREST AND STORY OF THE ALL CHARLES AND ARREST AND ARRES	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप			(स्वास्थय	देखमाल)	Koshika	
RESISTANCE BEING AVAILED FOR SAME  BASISTANCE BEING AVAILED FOR SAME  FATHER SIDER VIEW OF SAME  PASTER PHOTO HERE PASTER PASTER PHOTO HERE PASTER PHOTO HERE PASTER PASTER PASTER PHOTO HERE PASTER PASTE		S1052	410141	APPLICATION DATE :	17-05-2020	Building black of life.	
FATHER SEPOLUSE'S NAME:  TOTAL ARMINAL INCOME:  TOTAL ARMINAL INCOME	LONG PROMIT DESCRIPTION OF THE COURSE		Chandera		पु-वर्ग SEX सिंग		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार्च आमारीय प्रा  CCCUPATION:	पिता/पाटुम्भ का नाम	hame: ha	te My. Ra	ghuyeey S	1	PASTE BHOTO HERE	
SCHOL AS ABOVE  OCCUPATION:	fara	ng aba	a UHF Gani	deulama.	Shame,	Pruop Postop	
MALES TO REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):  अस्म की अपने अस्म के स्थान							
TOTAL ANNUAL INCOME:  + 8 1 000 (Family Income)  PAN MO. स्वाह आंत्र संग्रंग  PAN MO. संग्रंग	The state of the s	H	ome Mal	CEH	MARRIED (liquid)	l त) / UNMARRIED (जविवाहित)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable); van आप जाप कर यात्रा है (जो सान्य हो उस पर सार्व का निशान स्थाप)  FAMILY DETAILS परिवार विवरण  FAMILY DETAILS परिवार विवरण  FAMILY DETAILS परिवार विवरण  Relation with Applicant  ST. No.  Name of Family Member  (हैं )  FAMILY DETAILS परिवार विवरण  (हैं )  FROM FROM FROM FROM FROM FROM FROM FROM	TOTAL ANNUAL INCO	ME: 4-8			(आप का साध्य	Income) NA	
Sr. No.  Name of Family Member या (अप)  Refer के प्रारच्या के प्रारच्या के प्रारच्या कर्ग मानव स्थाप (अप)  Refer कर्ग मानव स्थाप (अप)  Refer मानविक्ष कर्ग मानव मानविक्ष मानविक्ष मानविक्ष मानविक्ष कर्ग मानविक्ष कर्ग मानविक्ष मान	ARE YOU AN INCOME	E TAX ASSESSEE (	र्ग Fick whichever is applicable म भर समी का निशान लगाये।	): Yes/N 81/19			
हम संख्या पहिला के सरवा नाम उब (वर्ष) तिर्ग आवेदक के साथ सम्याध । अपने किया सम्याध । अपने अपने किया सम्याध । अपने किया सम्याध । अपने अपने किया सम्याध । अपने किया सम							
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायका के लिये कियाति आधार  (Attach Card Copy) गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की बावण प्रति संस्पन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायका के लिये कियाति आधार (Attach Cord Copy) जल्प अवध वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की बावण प्रति संस्पन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हैते किये गये कियाती को उद्देश्य  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हैते किये गये कियाती को उद्देश्य  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हैते किये गये कियाती को गई प्रतिकेशन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: प्रमाण पत्र की बावण प्रति संस्पन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: प्रमाण पत्र की बावण प्रति संस्पन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: प्रमाण पत्र की बावण पत्र की संस्पन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: प्रमाण पत्र की बावण पत्र संस्पन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: प्रमाण पत्र की बावण पत्र संस्पन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: प्रमाण पत्र की बावण पत्र संस्पन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: प्रमाण पत्र की बावण पत्र संस्पन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE BEING AVAILED  ASSISTANCE BEING AVAILED  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		Na	me of Family Member वार के सदस्यों का नाम			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बद्ध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विजयित आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पप्प (प्रमाण पप्प की छाया प्रति संसम करे।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (Attach Card Copy) अन्य अंग्र वर्ष नाचे प्रमाण पप्प (प्रमाण पप्प की छाया प्रति संसम करे।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विमती का उद्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉकर से जारों की गई प्रतिचंदन सूची संसमन  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेता से लिया गया हो?  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	. 454.111.14.44.311.	KI	Shipal		N	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  BRASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  BRICARD (Attach Card Copy)  (Attach Card Copy)  (Attach Card Copy)  (Attach Certificate Copy)  (Attach C	(2)	l d	nounate	11,3	M		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विजीत आधार  (Attach Card Copy) गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (आपता पत्र की छापा प्रति संसम्प करे।  (अपता पत्र की संसम्प पत्र की छापा प्रति संसम्प करे।  (अपता पत्र की छापा प्रति संसम्प करे।  (अपता पत्र की संसम्प करे।  (अपता की छापा प्रति संसम्प करे।  (अपता पत्र की संसम्प करे।  (अपता पत्र किया पत्र का संसम्प की संसम्प करे।  (अपता पत्र की संसम्प करे।  (अपता पत्र किया पत्र किया पत्र की संसम्प करे।  (अपता पत्र की संसम्प करे।  (अपता पत्र किया पत्र का समापता किया पत्र के समापता किया पत्र की संसम्प करे।  (अपता पत्र किया पत्र का समापता किया पत्र की समापता किया पत्र का समापता किया पत्र के समापता किया पत्र के समापता किया पत्र के समापता किया पत्र के समापता किया पत्र का समापता किया पत्र के स	183	151	inenau.	29	E,		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  सहायवा के लिये विनति अध्यार  BPL Card (Attach Card Copy)  गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संसार करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  सहायता हेतु किये गये विनती का अद्देश:  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  सहायता हेतु किये गये विनती का अद्देश:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सून्नो संसान  DIAGNOSIS — RE SCRULL Catoract  PSeudopmale  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश के हेतु काई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से विनया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	(8)	1 07	hhu	73	M	Usiand Son	
BPL Card (Attach Card (Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की बावा प्रति संसर्ग करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उत्तरम्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/जीक्टर से जारी की गई प्रतिकेदन सुनी संसर्ग  DAG FIOS S. F. S. LUCOPMALE  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्तरम्य के हेतु कोई जन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से निया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	(6)	H	emanshu	90	_ M	Guand son	
BPL Card (Attach Card Copy)  गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की बावा प्रति संस्थर करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता होतु किये गर्व विनती का उद्देश्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डिक्टर से जारी की गई प्रतिचेदन सुनी संस्थर  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थीत से लिया पया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थीत से लिया पया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  AND Other BasisProof SITUATION  Any Other BasisProof SITUATION  Any Other BasisProof SITUATION  Any Other BasisProof SITUATION  AND STREET STREET  AND OTHER SOURCES  EN उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थीत से लिया पया हो?  AND OTHER SOURCE  AND OTHER SOURCE  AND OTHER SOURCE					never is applicable)		
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से वारों की गई प्रविषेदन सूची संलगन  Digg Plos S - RE - Senul Catarat  LE - Pseudophasic  Assistance being availed for same "Purpose" from other sources हम उद्देश्य के हेतु कोई जन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of Other Source  AMOUNT of Assistance being availed	(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate C अस्य अस्य कर्ग प्रमाण	R (A) (yqo	ttach Copy) ग्गोक्ता कार्ड	Basis/Proof	
अस्पताल/डॉक्टर से जारों की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न    Diagnosis - RE - Senul Catavat   LE - Pseudopharia   Suggest - RE - SICS With PMMH    Assistance being availed for same "Purpose" from other sources   इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?   Sr. No.   Name of other source   Amount of Assistance being availed							
Studgery - RE - Sentil Catorioct  LE - Pseudopholic  Studgery - RE - SICS with PMMH  Assistance being availed for same "purpose" from other sources  En उर्देश्य के हेते कोई जन्म सहायता किसी अन्य स्थोत में लिया गया हो?  Sr. No. Name of other source Amount of Assistance being availed							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  ST. No. NAME OF OTHER SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  ST. No. NAME OF OTHER SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED	72						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  \$\text{ST} \text{30} \text{4} \text{8} \text{7} \text{4} \text{8} \text{7} \text{4} \text{8} \text{7} \text{4} \text{3} \text{7} \text{4} \text{3} \text{5} \text{3} \text{4} \text{3}		Diagnosis - RE - Serill Cataract					
Studgery — FE — STCS With PMMA  Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उर्दश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of Other Source AMOUNT of Assistance being availed							
Stuggey — PF — STCS WITH PMMH  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दश्य के हेतू कोई जन्म सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME OF OTHER SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED		THE RELIEF AND THE PARTY AND T					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दश्य के हेतू कोई जन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	MOA	24.0	T-MON-T		
इस उर्देश्य के हेतू कोई जन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	75-	3 Charles	JUHARHU	- RE -	SICS L	WITH PMMA	
इस उर्देश्य के हेतू कोई जन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED							
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED						ES	
	J700000-0				A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH		

## DECLARATION by APPLICANT: MERCE BIG THYSE TH:

- 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 solemnty 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 & 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 essistance is requested.
- 1) मैं बोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकान मेरी आनकारी के अनुसार साम एवं सारी है। यदि कोई विकान एवं कथन असान पाया जाता है तो मेरी सहायश निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा ओ अहापता शीत "कोशिका फाउन्देशन", से शी जा सही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राक्य में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, इस ग्रांत का आंतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ब्रोटानियोजक/बीमा कन्मनी से न तो लिया है और न ही प्रविध्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (अववेदक 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 प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगडे की छाप लगाकर, मैं (आयेश्क) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा माम, पता, परेशे और वो विवास इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनान्या दूसरे उर्दरम से जुड़ी मीतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माम्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि येश नाम, पता, कोटो और विकरण जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सतायता का हकरार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्षोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय औतम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।

आवेदक के इस्ताधा या अंगुठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पात क्षेत्र 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 fulf, 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.

हम्मरं अधिकृत, इस्तामारी को ओर से मानस्परीयों को "कोशिका फाउन्होंगन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो गर्ममान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से कता रोगी-पामले में लेंगे या ले खे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डोर्गन"

2) सिफारिश/बिनति टक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डोशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डोशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकता हेतु सन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर साथारी संस्था या किसी अन्य सन्सायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्तित होता है। इस पूरिट में सम्बंध कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी

2. "कोशिका काउन्टेशन" से तो गाँ सहायका कंपल वितिय प्रकृति की है। सेगी पर हम्पताल इस दी गाँ सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाय सेगी पूर्व हस्पताल

कं भीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हरमताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हरमठाल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE ी u बि स्वीकृती के लिए संस्तृति ARNAB MODAK **Date of Surgery** Dr. GARVITA JOSHI ऑपरेशन की तारीख Stamp of Admorised Signatory DMC No.-79866 AHABAMAMAR (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2

