APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Health (स्वास्थय	生気がりりがまました。	Koshika	
APPLICATION No.: S/0624/0186 A MAME OF APPLICANT: असमेवक का नाम Meus, Sanvaru			APPLICATION DATE : 01-06-2024 आवेदन विधी AGE-YEARS आमृ-वर्ष SEX लिंग		Building block of life:	
					4385	
			64	P		
FATHER'S/SPOUSE'S TRAVEGED BY THE	NAME:	4. Majorah	am			
THE ME TO SELECT		PRESENT RESIDENCE ADDRES	SS वर्तमान आवासोग्, पत		PASTE PHOTO HERE	
Sahar	angute	gram valiage	AH KHAO	Kota.	Pruop Post op Sanvarii (0186)	
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRES	24755 ss : स्याई आवासीय पता	1	Saniari (0186)	
	5	ame as abo	ove.			
OCCUPATION:	Ham	Makey		MARRIED (Tenis	त) / UNMARRIED (अविद्यावित)	
स्विताय Home Makey Total Annual Income: 45,000 (Family Inc			ncame	Amul ) (Attach Proof of Income) NA		
PAN No. THE UNIT T	E NH		numa)	Acces THE HATELET		
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes/No 11 / €	Ů.		
14 TH THE SHALL THE PARTY			AMILY DETAILS परिवास			
Sr. No. कम संख्या	Na	ame of Family Member रेष्ट्र के सदस्यों का नाम	Age (Years) 골딩 (편박)	Gender स्थित	Relation with Applicant आवेरक के साथ सम्बंध	
(1)	Mo	ионапата	35	M	Husband	
(2)	150	Hajayaham Rashi d		M	Son	
(3)		ord .	84	A	Daughter in law	
		BASIS for REQUESTING A सहापता के लिये किनी		ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण यव (प्रमाण पत्र की साव्य प्रति संस्पन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आव वर्ग प्रकल पत्र (प्रमाण पत्र की खर्मा प्रति संलल्प	(A)	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड । खण प्रति संस्तन करे।	Any Other Besis/Proof अन्य कोई साल्य	
			REQUESTING ASSIST		<i>'</i>	
Sr. No. क्रम संख्या	to. Medical Reports/Prescriptions Attached			riptions Attached		
914 (104)		20.5 10.00 20.5 0. 200 200 200 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 3				
	6 0					
		Dugnosis - RE - Senile Cataract				
	ALC: UNIT	LE - Sentle Cataract				
		THE STATE OF THE S		HERMONIE		
	SULIGERY - LE- SICS L			With PMMA		
	- 0	J	Je Li	74.63	WHILE I I II III	
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश के शेंत्र कोई उ			ES	
Sr. No.		NAME of OTHER SOUR			of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्य		अन्य स्त्रीत का नाम		Nation States	सी गई सहायता राशी	

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वारा घोषणा पर:

- 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/canosilation.
- 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 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 घोषणा करता है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवास मेरी वानकारी के अनुसार सम्य एवं सबी है। यदि सोई विवास एवं कथन असन्य प्रथा जाता है तो मेरी सहाव्या निरस्त की वा सकती है।
- 2) पेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फार-लेशन", मे ली का खो हैं, उसका अपयोग उसी उदेश्य को पूर्वि के लिखे किया कार्यमा, जो इस प्राक्रम में भंदा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि निस्स सहापता हेट यह प्रार्थना की यह है, उस राशि का अशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोल/नियोक्का:बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पाँक्य में मुँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (SHOPE BILL WITH)

- 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) (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.
- इस प्रथा पर अपने इस्ताक्ष या अंगरे की काप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पृथ्य करता हूँ एवं "काशिका प्राउदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि पेरा नाप, पता, पतेरी और जो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "बोरिका" एवम् न्यामी, रान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में जुडी फीतीविषयों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माण्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथव का विकाण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देशों से प्रार्थित हैं मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं चनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवय् उसके न्यासियों का निर्मय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताहर या अंगुरे का निगान



## AGREEMENT by HOSPITAL (अस्थाल 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:

 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

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामले रोगी को "कोशिका काउन्देशन" से वितिष सहायक हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। मह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय महायता किसी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य म्बोत से उकत ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले खे है, बैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेरान" में विकारिक/विविधि उसते में सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार भरद हेतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार सहायता विनति आंशिक/सफत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल फिसी अन्य पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साथन से महाबता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा बाता है कि अस्पताल द्वितीय परद उका रोगी/पापले तेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं छेण्यलेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का युक्ता रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये हस्पातल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेरारी रोगी वर्ष हस्पातल की होगी और "कोशिका" की कोई पूमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** Dr. Parshant Singla

ऑपरेशन की खरीस Reg. No.-109232 01-06-2024 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रवि. न.

ARNAB MODAK ADMINISTRATOR

(Name, Designation ASAS APAN Philips ed Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हरपताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक तपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ऱ्यामी हस्ताक्षर 2

25-11-2023