APPLICATION No.: S 10624 0230 APPLICATION DATE: 17-06-2024 Building black at life Springer filters: S 10624 0230 ADECEMBER STITE TO THE PROTECTION DATE: 17-06-2024 Building black at life AAME of APPLICANT: ACE-YEARS STITE TO THE PROTECTION DATE: 17-06-2024 BEX FETTY FATHER SUSPOUSE IS NAME: PRESENT RESIDENCE ADDRESS THAT STRAIN TO THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PRESENT RESIDENCE ADDRESS THAT STRAIN TO THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PRESENT RESIDENCE ADDRESS: THAT STRAIN THAT THE PLOT OF THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PRESENT RESIDENCE ADDRESS: THAT STRAIN THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PRESENT RESIDENCE ADDRESS: THAT STRAIN THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THAT THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NAME: PROTECTION THE PHOTO HERE FATHER SUSPOUSE IS NA	
NAME of APPLICANT: आवेर का नाग	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्षमान अवसामिष पद्मा PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्षमान अवसामिष पद्मा PASTE PHOTO HERE PLAND PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वार्ग आवासीय पद्मा PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वार्ग आवासीय पद्मा OCCUPATION: अवसाम OCCUPATION: OCCUPATION:	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्षमान अवसामिष् पद्या PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्षमान अवसामिष् पद्या PASTE PHOTO HERE PLAND COMPATION: PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वार्ष आधासीय पद्या PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वार्ष आधासीय पद्या CO230) OCCUPATION: अवसाम्	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वार्ष आधानीय पता OCCUPATION: अवस्थाप (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: अवस्थाप (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: अवस्थाप (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: (Attach Proof of Income) (आप का साम्य संस्थान) OCCUPATION: OCCUPA	
Structure (अधिकार के स्थार अधारीय पता (0230) OCCUPATION: अवसाय (0230) OCCUPATION: अवसाय (0230) OCCUPATION: अवसाय (0230) MARBIED (विनावित) / UNMARRIED (अविवाबित) (अधिका संदर्भ) (अधिका स	op
OCCUPATION: अवसाय ARBIED (विवार्षेत) / UNMARRIED (अविवार्षेत) TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000 PAN NO. स्थार्त खाता संख्या PAN NO. स्थार्त खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): अया आप आप कर हाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applican Sr. No. Name of Family Member)
TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000 (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय PAN No. मधाई खाता संख्या PAN No. मधाई खाता मंख्या Sr. No. Name of Family Member अप परिलार के सदस्यों का नाम Sr. No. Name of Family Member अप (वर्ष) FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member अप (वर्ष) FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member अप (वर्ष) FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member अप (वर्ष) FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member अप (वर्ष) FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member अप (वर्ष) FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member अप (वर्ष) FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member अप (वर्ष)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000 (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): अभा आप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member अप परिवार के सरस्यों का नाम उस (वर्ष) हिंग आवेरक के साथ सम्मध	
क्या आप अप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हा / निर्देश FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applican का संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) हिंग आवेदक के साथ सम्बंध	
Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applican कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उस (वर्ष) हिन्द आवेदक के साथ सम्बंध	
क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्मध्	
Tugda 60 E Wife Son	
Son Son	
Monit 2 M Son	
	-
	-
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार	
EPL Card (Attach Card Copy) गरीकी रेखा के मीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायक्षा हेत् किये गये विनती का उद्देश्य:	
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached	
क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	-
Diagnosis - RE - senile catavast	
LE - Senile Cataliant	-
SUMOPHIN - LE - STES WITH PMMA	
Ollegery - IE - SICS With PMMA	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? St. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
Sr. Mo. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कम संख्या अन्य स्थात का नाम ली गई सहायता उसी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा कोपणा 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 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 δ 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 चोषणा करता है कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुमार साथ एवं सकी है। चरि कोई विवरण एवं कथन असस्य चाया जाता है तो मेरी सहायदा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायात राशि "कोशिका फाउन्टेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रीश का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोर/नियोवक/बीमा कम्पनी से न शे लिया है और न ही प्रविध्य में लैंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अल्लेडक 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 इस्ताक्षर या अंगर्ड को छाप लगाकर, में (अवदेष्क) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि पेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रयत्न में घोषिश है, उसे "केशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से बुढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यप में प्रमारित करने के लिए लियक्त है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में महमता हूँ कि मेता जान, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता को उद्देश्मों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हक्क्यार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोतिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय और वाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताधर या अंतृते का निशान



p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (इम्पाल इस करा)

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, इस्ताक्षरों को ओर से मामले/पोगों को "कोशिका फाउन्होंना" से सितिय सहायता हेतु सिकारिश की आती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार फाउन्होंना"। यह कि न तो क्लंपान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त ऐगी,प्यामले में लेंगे या ले रहे हैं, कैसे कि इसने "कोशिका काउन्होंना" में सिकारिश/विनति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्होंना" इस प्रीत किसी अन्य ती किसी अन्य सम्बन्ध में कोशिका काउन्होंना के अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थय कहा बाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/प्रामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/नेगी।

2. "कॉरिका फाउन्डेंशन" से तो गई सहायता केवल विशिष प्रकृति की है। ऐसी पर हम्पकाल द्वार ची गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "वोशिका फाउन्डेंशन" द्वारा किये प्रकार का कोई दक्षाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में छेगी के इलाव सुरक्षा और आने वाले की साथै कियोदाये ऐसी एवं इस्पताल को होगी और "वोशिका" को कोई प्रिका या कियोदाये इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE ARNAB MODAK Dr. Monika Jasrotia **Date of Surgery** ADMINISTRATOR ऑपरेशन की तारीख DMC No.-5208 CELLUS ALL BOAN BLANTHORISED Signatory 12-06-2024 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व हरताक्षर व रवि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्वामी हस्ताब्स । न्यामी हस्ताबर 2