APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)					Koshika
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V/0625	10230	APPLICATION DATE : 19/06/25		Building block of life.
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Sure	sh Chand	AGE-YEARS		
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्प का नाम		Jale Ram			
I. n Ame	dyear	PRESENT RESIDENCE ADDRES	s वर्तमान आवासीय प	Kinadia	PASTE PROTU HERE
	Cist A	0 /	31 72		Pore of Postop
		same as	atove		
OCCUPATION : व्यवसाय		bour		MARRIED (विवास	। ল) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	570	570001		(Attach Proof of (आय का साक्य	Income) संलग) NA
PAN No. TREE TERM THE	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable):	Yes /	No	
क्या आप आय कर दाता ।	है (जो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।	हां /	नहीं 📗	
Sr. No.	T Na	me of Family Member	AMILY DETAILS परित Age (Years)	शर विवरण Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परि	ब्बार के सहस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध
	SYR	hd evi	52	F	- Mire
2-	Harry		33	m	son
3.	wisha		30	F	Jaighter in Law
		1 - 11			7
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनरि		chever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की हाया प्रति संतन्त करे।		EWS Cartificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रयाण पत्र की छावा प्रति संलग्न क	पत्र उपभोक्ता कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
			r REQUESTING ASSI किये गये विनती का उ		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न RE — Сक्तिकार व				
1977	RE- Catamet				
TET YOU	LE- Cataract				
		/		120 /Zi jent i da	1.1-94
98.34	18° W.	Cupa	0011 A	D-SIC	0 + P + + + 0
	DIESE	Surg	9- 6	(E) - SIC	S + PMMA
-		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य को हेत् कोई अ			ES
Sr. No.		NAME of OTHER SOUR			of ASSISTANCE BEING AVAILED
क्रम संख्या	ह्या अन्य स्त्रोत का व स्टिडिटिड			2000/-	ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोपणा पत्र:

- 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/cancellation.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursament, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) में भोषणा करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं सधन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे हारा जो महाच्ता गरिर "कोशिका फाउन्डेशन", से शो जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया नायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्ट करता हैं कि विस सहायत हेत यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोत/नियोधक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मिष्ठण में लुगैत।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshlka 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.
- इस प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "क्रोशिका पावितेशन और उसके न्यासीयों " की अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में मंदित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/पा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिबिधियों ओर उपलब्धियों के तिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विकरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नान, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित हैं मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तावर पा अंगुठे का**€व्या**

AGREEMENT by HOSPITAL (KERRIER ERI WERK)

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, हस्ताक्षरों की ओर से मामलेरोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्मताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायशा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उकत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन" से सिफारिक/बिनीत उकत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डोशन" द्वारा मदद होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिनीत ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गई सहायता केवल चितिय प्रकृति की है। रोगों पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रो 🛸 बीच का खिपय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एवाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जु

को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। DR. PRAVEEN SEN SHAHRECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Administrator

MRSS, DNB, OPHTHALMOLOGY स्वीकृती के लिए संस्तुति Re. No. 97415 Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख Time......Date. 20/06/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

(Name, Designation **Ised Signatory** on behan नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर ।

20 - 03 - 2025