APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				hcare) देखपात)	Koshika	
APPLICATION No.:	S 1 0624 00 47 APPLICATION DATE: 13-06-2024				Building black of life.	
NAME of APPLICANT शावेदक का नाम	ICANT:		AGE-YEARS #	तपु-वर्ष sex लिंग	- (S)	
PATHER BISPOUSE'S पेता/कटुम्म का नाम	NAME:	te Mer. DF	LVEER		1	
-1-1-1	Sahari	PRESENT RESIDENCE ADDRE	TUBEUH 1493	£8h.	PULCIP POST OF CHANGO (0247)	
		uml as abe			CI 1111 100 (0147)	
OCCUPATION:	Hom	e Makey		MARRIED (PHIE)	/ UNMARRIED (अविद्यक्ति)	
OTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आप	ME: 48,	000 (family	4 Procome	(Attach Proof of In (आग का सास्य स		
AN No. THE TELL T THE YOU AN INCOME PER STIP STIP BY THE	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable): स पर सही का निज्ञान लगाये।	V ਤਾਂ/-ਕ	lo		
THE STATE OF THE S	LONG TO THE PARTY OF THE PARTY		AMILY DETAILS परिवा	र चिवरण		
Sr. No.	Na	me of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	1 20	रवार के सदस्यों का नाम प्राप्त प्राप्त	उस (वर्ष)	लिंग	अञ्चेदक के साथ सम्बंध	
The state of the s		nich	36	N	Son.	
(3)						
		BASIS for REQUESTING A सहाया। के लिये विना	SSISTANCE (Tick which	haver is applicable)		
गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण एव		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साम्रा प्रति संसम्ब	A)	tation Card ttach Copy) रभोक्त कार्ड ते छाया प्रति संस्तन्य करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई मास्य	
			r REQUESTING ASSIS किये गये विनशी का उद			
Sr. No. इ.म. संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गर्त प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE - Senile Cataract					
	The Street Action in the Stree				a sa cur	
		Swgery	- RE-	SICS U	WITH PHYMA	
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उपदेश्य के हेत् कोई अ				
Br. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED IT HE HEITER URIT	

DECLARATION by APPLICANT: जापेदक द्वारा भीपना पत:

- 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 & 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.
- 1) मैं पोषणा करता हैं कि इस प्रकर में दिये गये सभी विवस्थ मेरी जनकारी के अनुसार साथ एवं सती है। यदि कोई विवस्य एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो मरापता राशि "कॉशका जाटन्वेशन", मे सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्ति के सिये किया व्यवेगा, भी इस प्रकर में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि निम सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आंशिक मा सकत हिस्सा किसी अन्य औत/पियोजक/बीमा कम्पणी से न तो लिया है और प ही प्रतिष्य में लैता।

AGREEMENT by APPLICANT (30454 pt) 4-00)

- 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 5 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.
- 3) इस प्रयत्र पर अपने इस्ताधर या अंगते को काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमाति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिशा परतंद्रशन और उसके न्यासीयों " को आंधवृत करता हूँ कि मेरा साम, पता, पतेले और जो विवरण इस प्रयत्न में पंचित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, प्रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी मीर्गविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माच्यम से प्रमारित करने के लिए अधिकृत है।
- मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवास को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकाग्र नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यानियों का निर्णय जीतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगूडे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (##487 \$10 401)

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

passent, is dassed on the arrangement between the passent of the Pospisal, and is in no way initiationed by Rosinica Poundation. Hence, the Pospisal 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, इस्तावरों भी और से नामरोप्योगों को "कोशियन फाउन्टेशन" से वितिय महायदा हेतु सिकारिश की जाती है, मिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्योकार करते हैं।

1) यह कि न तो मर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थित से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, बैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा प्रदर हेतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनीत ऑक्तिक/सकत हेतू मन्तुर नहीं किस्य काता है तो अन्यताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्तित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता कोमल कितिय प्रकृति को है। तेगी पर हस्यताल झत दो गई सलाह या किये गये व्यवस्थानका चुन्य येगी एवं हस्यताल के बीच का विकय है और "कोशिका फाउन्टेशन" झस किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये हस्यताल में सेगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई यूनिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख #3-06-2024 Dr. Ramandeen Kaur

DMC No.-DO! 85 O.M. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रवि. न. ARNAB MODAK

(Name Califa alia to Bank of Authorised Signatory

on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

त्यासी हस्तासर १

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

no lie