APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)							Koshika
APPLICATION No.: 왕대국 대행대 : \$ / 062.3 / 02.5 구				ATION DATE 2	02-0	6-2023	Fuilding block of life
NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS HIT-		SEX fift	(m)
MINES THE MYS ROJ BOOD				54		F	4-10
FATHER S/SPOUSE S N पिरा/कटुम्म का नाम	Late	-	Sing DRESS MIN	हैं न आवासीय पता			
	pour.	PERMANENT RESIDENCE ADD	an A	PHO a		5=	PHE OP POST OP
		Same as a					Raj Balo (0257)
OCCUPATION: HOME MAKEY				MAHOED (FORTH			त) / UNMARRIED (अविवासित)
TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000					(A)	ttach Proof of आप का साध्य	Income) संसम्ब) NA
PAN No. THIS THEN THE ARE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable) इस मर सही का निशान लगाये।	į.	Yes / No			
कता आप आप कर देशा ह	्या मान्य हा	दस मर सहा का भिशान लगाया	FAMILY D	शां / मा			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिकार के सदस्यों का नाम		Ag	Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender लिंग	Relation with Applicant आनेदल के साथ सम्बन्ध
							10.1
							A 10
							1000000
			_				5.57
		BASIS for REQUESTING	G ASSISTAN	CE (Tick whiche	ver is	applicable)	
		सहायतः के लिये !	विनति आधार		_		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाम पत्र (प्रमाय पत्र की छामा प्रति संस्तर करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Co अल्प आध वर्ग प्रमाण प (प्रमाण पत्र को क्राया प्रति संश	uttA) (yq		tion Card ach Copy) रोक्टा फार्ड कावा प्रति संतरन करे।		Any Other Banis/Proof अन्य कोई समुख
				STING ASSISTA विनती का उर्दे			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
कम संग्रम	अस्पताल/बॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संसरन						
	- 273						
	Diagnosis - RE- Senice Cataract						
	5-7-66-6 13-32-01-61-3						
	16 - Total seniel cataract						
	The state of the s						
	SUMARYY - LF - CICK WITH DMMA						
		0	5.f	I See See J	Action	dil lil	
		AppleTables Delice Avail					
4.11		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उर्दश्य के हेतू को	🕯 अन्य सहायत			लंबा गमा हो?	
Sr. No. क्रम संस्था	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT			A ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई सहायता ग्रशी
							77

DECLARATION by APPLICANT: HIRTER SHI THURS US:

- 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रक्रण में दिने गये सभी विकास भी कनकरते के अनुसार अन्य एवं सभी है। यदि कोई विकास एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी स्वासन्त किरता की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायत रहि "कॉरिका फाउन्टेशन", मे ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्येगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि विस सगापत हेंदु यह प्रार्थन की गई है, इस सांश कर आंशिक या सकत तिस्सा किसी अन्य स्रोत(निवोसक/बीस) करमते से न तो तिया है और न ही भविष्य में हिंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SURCE DE NOT)

- 1) By afforming 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.
- ा) इस प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की काप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाठतेशन और उसके न्यासीयों " को आंधकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटी और जो निकरण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, पान, याधना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार साध्यप से प्रमारत करने के लिए अध्यक्त है। मेरे प्रयत्न का विकाश मेरे इत्कल के पताले या काद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंग्रन" का न्यासी अध्यक्त है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं क्नाता: इस सम्बंध में "कोशिका" एपम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और अञ्चलती होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताक्षर या अंगुठे का निर



AGREEMENT by HOSPITAL (EPANH SHI WITH)

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 and 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 and the called its based on the same patient and the same patient is based on the same patient.

2) The assistance from Koshika Foundation is only shancial 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 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, हस्ताक्षरी की और से भागले रोगों को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (श्रस्तताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न को वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय महायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य शर्तत से उक्त रोगी,प्यासले में लिये था ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनीत आशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनीत आशिका स्वतंत्र मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षत रखता है। इस यूर्णिट में स्वष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिवाय सरद उक्त रोगी,प्यासले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगा।
- 2. "भोशिका फारन्देशन" से सी गई सहायक बोबल विकिय प्रभृति की है। येगी पर हस्पकाल द्वारा यी गई सलाह या किये गये उपधारप्रक्रिया का युनाव रोगी एवं हस्पकाल
- के बीच का विषय है और "कोशिका चाठ-वेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रबाब उसी है। इस्सेंडचे इस्मताल में संगी के इसाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्सेदारी रोगी एवं इस्मताल को बोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में उसी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन को ਗਏਂਗ 02-06-2023

Dr. Poonam Sharma

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp). डाक्टर का नाम व हस्तावर व रवि. न. Ranveer Singh Sandhu Administrator

Dr. Shroning & Stapue of Authitated Signatory

नाम व पर हस्पताल अध्यक्त अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हमताबर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2

अन्तरिक उपयोग हेतू

Edmard

lite



