	N FORM FOR ASSISTAN । हेतू आवेदन प्रारूप	ICE	(Healtho (स्वास्थय दे			Koshika
APPLICATION No.: SHIPTER THE STATE OF THE SHIPTER THE STATE OF THE SHIPTER THE			APPLICATION DATE 07-06-2023			Building block of Me.
NAME of APPLICANT:			AGE-YEARS STY		SEX frin	100
MARCH TO THE MARCH THE MAR			60		£	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME :						
प्याम्बद्धस्य का नाम निर्मुत्	PRESENT RESIDENCE AD	DRESS HER	ार आक्रमीय प्रश	_		
SAHARAMPUI MANGON MAJA PHANESH - 29	e ROAD, CHAA	haya	PRD A	VO.	Havi	PHE OP POST OP  Mamta (0276)
	some os	abou	C			######################################
OCCUPATION:						त) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME UP, 000				(A1	tach Proof of आय का साक्ष्य	income) संतम्भ) <i>NA</i>
PAN No. स्थाई खाता संख्या AVE ARE YOU AN INCOME TAX ASSES तथा आप आप अंतर पाता है (ओ मान्य	SEE (Tick whichever is applicable	je.	Yes / No हाँ / मही	_		
			ETAILS परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम				Sender सिर्ग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध
	Madan	65		M		Husband
		_		_		
		-	_	_		
		-	-	-		
	BASIS for REQUESTIN संसापता के लिये	IG ASSISTAN विनति आधार	CE (Tick whiche	ver is a	applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) नरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सावा प्रति संवान करे	EWS Certificate (Attach Certificate Co अस्य आय वर्ग प्रमाण (प्रमाण पत्र की साथा प्रति सं	e Copy) (Atta		ntion Card tach Copy) भीक्ता कार्ड : सामा प्रति संसम्म कार्रा		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
			STING ASSISTA विनती का उद्देर			
Sr. No. क्रम संस्था		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न				9
710.00	(11) (10) a 20.20 20; 2010 (10) (10) (20) 221, A21 (20) (2)					
	Diagnosis - Rt - senile catavact					
	LE - Seriel Catavoct					
	Commence.	27			177 173	2120
	surgery -	AC -S	ICS	SI	Ch Pl	7/9/1
	ASSISTANCE BEING AVAI					ES .
Sr. No. कम संख्या	NAME of OTHER S अन्य स्थीत का	THER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहापता ग्रसी		

## DECLARATION by APPLICANT: SHIPE SHI WHEN YE

- 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 फोपना करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी जिन्हण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सारी है। यदि कोई विवारण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी मतायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) में द्वारा जो सदाबद राजि "कोशिका फाउन्देशन", में भी जो रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रकर में पर गया है।
- 3) में पुष्ट करता है कि निम सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस गाँश का ऑशक या सकता शिस्पा किसी अन्य ग्रीटनिमोजक बीमा कम्मनी में न तो लिया है और न ही घोंबम्य में स्त्रीत।

## AGREEMENT by APPLICANT ( असंदर्भ द्वारा भरार)

- 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.
- 3) इस प्रथम पर अपने इस्टाक्षा या अगाउँ की साथ लगाकर, मैं (आवंदक) अगनी सक्षमति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्रोसिक्स फाउँडेशन और उसके न्यानीयों " को अधिकृत करता हूँ कि भेग्न गण, पता, फोटों और जो विवाधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसासिक करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवास मेरे इस्ताव के पहाले था बाद में करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा जाम, पता, फोर्ड़ और विकरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से आर्थित है मुझे स्वतः सहायता का डकाडर जो बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और अध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताधर च अंगुटे का तिशान

HH111 21-11-1-5EQF

## AGREEMENT by HOSPITAL (श्रम्यक्षत द्वारा अस्तर)

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 malter.
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को ओर से मामलेशोगों को "कोशिका काउन्बेशन" से वितिष सहापता हेतु सिफारिश को जाती है, विसे हम (हस्थाल) निम्न प्रकार से मान्य व अवीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तपान और न ही भविष्य महापता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोग से उक्त रोगी/मामले में लेगे या ले तो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन"
से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा महापता विनिध आधिकारसकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल
किसी अन्य गैर सरकारी मंख्या या किसी अन्य सम्बंधन से सहावता लेने का अधिकार सुरवित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी
गैर सरकारी संख्या या किसी अन्य सावन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता क्रेक्स विदिय प्रकृति को है। रोगों पर हम्पताल द्वारा पी गई मलाह या किमें गये अपवार/प्रक्रिया का भुगाव रोगी पूर्व हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का ओई प्रथाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगों के इल्लाब सुरक्षा और अने वाले की सारी जिस्मेदारी रोगों एवं हस्पताल की डोगी और "कोशिका" को कोई पुग्थिका या विस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE लिए संस्तुति **Date of Surgery** Dr. SEEMAL GOYA Ranveer Singh Sandhu ऑपरेशन को वारीख M.B.B.S. M.S. Ophthalmolog (Name, Designation & Attempnishmed Signatory 07-06-2023 Dr. Shroff a Chehril of Boerfedspital (Name of DROGRESH NAT WITH Stamp) द्वावटर का नाम व इस्तावार व रिक. न. आनरिक टएयोग होत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताधर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2



