		HWAL COO	0 100	-	14.
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखमाल)					Koshika
APPLICATION No. :	11 -	A	PPLICATION DATE	04-07-25	Building block of life.
आवेदन संक्ष्या :	A 07	5 0292 1	रावेदन तिथी		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Tun	nm9	AGE-YEARS 3	मु-वर्ष SEX लिंग M	6 20
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्म का भाग	AME:				TA SERVICE
village- Pec	Hong.	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	जिस्मान आवासीय पर अस्मान स्मित	041	L CONSTRUCTION
Rejas	Han- O	VIUIT	: स्थाई आवासीय पता		4
		As Above			preop Postop
OCCUPATION : अवसमय	Grmer			MARRIED (Reiller)	/ UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME	:	1		(Attach Proof of In	icome)
कुल वार्षिक आय		100 -		(आय का साध्य सं	erra) NA
PAN No. स्पाई खाता संस्		Ock whichever is applicable.	Yos N	in T	
क्या आप आप कर दाता है	(जो मान्य हो उस	lick whichever is applicable): । पर सही का निशान लगाये।	हां रि	net)	
			MILY DETAILS परिवा	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आयेदक के साथ सम्बध
		Will			
					150
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति		hever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संसन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आण वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न करे	(A 31	lation Card Itach Copy) रभोकता कार्ड ती अस्या प्रति संसम्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य
			REQUESTING ASSIS कमें गमें विनती का उर		-1
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	Diagnosis RE Senile cataract				
			E ser	ile cot	aract
9.	SWEGPTY - RE- SECS WITH PMMA				
	0	0		ou kita	
			190000	COMPLETE DE	
		ASSISTANCE BEING AVAILED fo इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य			5
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE		E	AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता छशी
		in			
	_	111			

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा गोगणा 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 & 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असस्य पाया जाता है तो मेरी सवायता निस्तत की या सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकृष में घर गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायत होतु यह प्रार्थना की गई है, उस गति का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्योजक/बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही महिष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आनंदक द्वारा करत)

- 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 प्रश्न पा अपने इस्ताधा या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी प्रहमति की पुष्टि काता हूँ एवं "कोशिका फाउडेद्रान और उसके न्यासीचों " को अधिकृत काता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और तो विकाण इस प्रपत्न में योपित है, उसे "कोशिका" एवम् नवसी, यन, याचना/या दूसरे उन्देश्य से जुढी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किलों भी प्रसार नाज्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विकाण मेरे इलाव के पहले या बाद में काले के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वन: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसको न्यासियों का निर्णय आँतम और बाष्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य शाधन से नहीं लेगा/लेगी।

आषेरक को हरताबर या अंगुर्ठ का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL ( \$19909 grd 400)

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, हस्ताक्ष्यों को आर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हम्पताल) निम्न प्रकार से चान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"
से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा घरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिकासकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता तेने का अधिकार सुरक्षित रक्षता है। इस पृष्टि में स्वप्ट कक्ष जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

2. "कोतिका फाउन्देशन्" से ली गई सहायता कंवल वितिय प्रकृति की है। होगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का भुगव रोगी एवं हस्यताल

के बीच का कियर है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने को को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" थी कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले/भूरें नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Dr. Mohd. Rameez Reza SH YADAV **Date of Surgery** Assistan (Administrator (Name Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) M.B.B.S. M.S. Ophthalmology osrof (Name of Dr. & RegnFIG (Pi(L)Stamp) नाम व परिश्लामा अधिकार आधिकारो Reg. NOWDMORR/12903 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यसी इस्ताक्षर 2