VRN-C-22-06-0807

APPL	Koshika foundation											
APPLICATION No.: /	V 0622	0305	आवंदन			Building black of life						
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Om Pa	nakash -	-	BR BREAK	वर्ष SEX लिंग							
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: KA	hetrapal			34							
		PRESENT RESIDENCE ADDRE	SS adv		na ham							
Crauv	Dint	Mathuna Wa	. p. ;	28/204	in Paris	Cozos) Om						
	PE	RMANENT RESIDENCE ADDRE	SS : स्थ	ाई आबासीय पता		Porakash						
		nme as abo	We			romakash						
OCCUPATION :	Bagge		×		111111111111111111111111111111111111111	n) / UNMARRIED (अविवाहित)						
TOTAL ANNUAL INCO কুল বার্ষিক आय	ME: NA	(Stay in)	Mah	alla)	(Attach Proof of (आय का सास्य							
PAN No. स्थाई खाता सं	ख्या			/								
ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE (है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): म पर सही का निशान लगाये।	CARES V	Yes / No हां / नही DETAILS परिवार								
	1 1	me of Family Member	_	ge (Years)	Gender	Relation with Applicant						
Sr. No. क्रम संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम		उग्र (वर्ष)	लिंग	आवंदक के साथ सम्बध						
- 4			-									
			+									
	+											
			-									
			+	-								
	+		+									
			+									
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTA नति आधा	NCE (Tick whiche	ver is applicable)							
BPL Ca	ed	EWS Certificate		Rat	ion Card	Any Other						
		(Attach Certificate Copy		(Att	ach Copy)	Basis/Proof						
	गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प अ		भाय वर्ग प्रमाण एव		ोक्ता कार्ड सम्पा प्रति संसन्त करे।	अन्य कोई साध्य						
(प्रमाण पत्र की छाया	प्रति मंतरन करे।	(प्रमाण पत्र की छापा प्रति संला	9. 9053	Chellal da aut	men box seeds were							
				UESTING ASSISTA गये चिनती का उद्दे		1						
Sr. No.	_	Who control	Medica	Reports/Prescr	iptions Attached							
क्रम संख्या	1	- 3	स्पताल/डो	क्टर से जारी की ग	ई प्रतिबंदन सूची संलग	1						
		RE- Senile Cotalact										
	+	LE- Semile Cataract .										
	-	SWACT	V_	(LE) S	ICS + IC	06						
		Surgin										
		- A - A -										
		ASSISTANCE BEING AVAIL	ED 4 6	ME "DIDDOCE"	from OTHER COURT	CES CONTRACTOR						
		ASSISTANCE BEING AVAIL	अन्य सह	विता किसी अन्य स	ब्रोत से लिया गया हो?							
Sr. No.		NAME of OTHER SO				of ASSISTANCE BEING AVAILED						
ऋम् संख्या	-	अन्य स्त्रोत का न	4		24-51	ली गई सहायता राशी						
1.	DBCS				2000/-							

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा एव:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will randor my Application & ongoing assistance. 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, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance, if received from the purpose of was requested by me
- 3) 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 प्रीविधा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये दायी विवारण मेरी जानकारी के अनुसार साथ पूर्व सकी है। मीर मोदे कियाण पूर्व कामन अस्तरम प्राया जाता है सो मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) भेरे द्वार जो सहायक गांव "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपलेग वर्ती वरेश्य की पूर्वि को लिये किया कांगेगा, जो इस प्ररूप में भग गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सतायत हेतु यह प्रार्थण की वर्ष है, ठस राशि का आधिक या सफल हिस्सा किसी अन्य ग्रीत/नियोजकाबीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में मुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (अपनेशक कृत करार)

- 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.
- (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 sheir decision is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रथम पर अपने हस्ताहर या अंगते की शाथ लगाहर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पृष्टि करता हूँ एवं "क्रोतिका फाउडेतन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, **पन, फोटो और जो वि**नरण इस प्रपट में घोषित है, जसे "कोशिका" एवम् न्यासी, यन, घानगरण नुसरे उन्देश्य से जुड़ी गांवियिधियों और उपलब्धियों **के लिये किसी भी प्रसार माध्यम** में प्रसारित करने के लिए ऑपज़त है। मेरे प्रपत का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कारिका चाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आलेरक) इस बात में सहमार है कि मेरा नाम, पता, परीडों और विवरण जो कि सहायता के उप्टेरमों से प्राधित है मुझे स्वतः सहायता का हकवार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिय और व्यध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



AGREEMENT by HOSPITAL (क्रमाला क्रा करा)

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 linencial 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.

हमारै अधिकृत, इस्ताक्षये की और से मामके/येगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से मिलिप सहायता डेलु सिमारिश की कार्त है, जिसे हम (इस्पासन) निम्म प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो बतंपान और न ही पतिच्या में जितिय सक्षायत किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त रोगी-पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाडवोशन" द्वारा भरद केंद्र कि है। मदि "कोशिका फाडवोशन" द्वारा संशोधक विश्वति आधिका/सकता हेतु सन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्याधन से सहापता लेने का अधिकार सुर्धित रखता है। इस जून्टि में स्पर्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/सामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।
- "क्रोंशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता क्षेत्रल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हरणातल द्वार दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के भीच का विषय है और "कॉराका पाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबान गरी है। इसलिये इस्लाल में रोगी के इलान सुरक्ष और आने वाने की सारी 🕻 की होगी और "कोशिका" जी फोर्ड भूभिका या जिम्मेशरी इस मामले में नहीं श्रीगी।

Dr. SUF	IVAN	DAI	WISH	RECOMMEN	(DED	FOR	ACCEPTE	NCE
Ur. 501	IMIN	וחט	VIOI	स्वीकृती	-	Gatt	प्रोक्ति	
			DAIL		-41	1010	action	

Date of Surgery

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का राम व इस्ताक्षर न रवि. न.

(Name, Designation & Standard Authorised Signatory on behalf of hospital t. - Mal

Administra

नाम व पर हरमताल अधिकृत अधिकारी

आन्दरिक टपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताधर ।