OCCUPATION: Home maker TOTAL ANNUAL INCOME: कृत वार्षिक अप	Postop Nahago Devi
NAME of APPLICANT: अगलेरक का नाग	Devi
FATHER 31/5POUSE'S NAME: Chhote address adries sirgetly unit of the present residence address addr	Devi
PATHER SUSPOUSES NAME: Ching to Id PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पण Present RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पण Present RESIDENCE ADDRESS: स्वाई आवासीय पण Preo page permanent residence permanent res	Devi
Adjusthan 30140 Permanent residence address: स्याई आयामीय पता Peroposition: Peroposition Permanent residence address: स्याई आयामीय पता Peroposition Permanent residence address: स्याई आयामीय पता Peroposition Permanent residence address: स्याई आयामीय पता Peroposition Peropo	Devi
DOCCUPATION: Home Marker (विवाहिन) / UNMARRIED (अविव अवस्थात मिला कार्य (Attach Proof of Income) (आय का साक्य संसान) NA PAN No. स्पाई खाता संख्या NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां भूगी Sc. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with अस्म संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्म (जय) लिंग आवेदक के स Chhate Jal Go H Wife ROMS Son BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) REQUEST Son BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) REQUEST Son BPL Card (Attach Card Copy) सहायक के लिंगे विनित्त आधार BPL Card (Attach Card Copy) महीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्ब आप वर्ग प्रमाण पत्र उपभोनला कार्ड अन्य कांव का कर्म	Devi
DOCCUPATION: Home Marker (विवाहिन) / UNMARRIED (अविव अववसाय Home Marker (Attach Proof of Income) (आय का साव्य संसान) NA PAN No. स्पाई खाला संख्या NA REE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sc. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with अस संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्म संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्म (वर्ष) लिंग आवेदक के स Chhate Jal Go H Wife 1 Chhate Jal Go H Wife 30 F Daughter (Attach Card Copy) Resident a Replicable) Resident and Resident Relation with service of the service of t	Devi
DCCUPATION: Home makes Pan Married (विवाहिन) / Unmarried (अविव (Attach Proof of Income) (आव का सावध संसान) Pan No. स्थाई खाला संख्या Pan No. स्थाई खाला संख्या Pan No. स्थाई खाला संख्या Pan No. श्याई खाला संख्या Pan No. श्याई खाला संख्या Pan No. श्याई खाला संख्या Pan No. Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम St. No. Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Chhate Jal Chhate Jal BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) Regrand के सिर्ग (अविव BPL Card (Attach Card Copy) महाबा के सिर्ग (Attach Copy) अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र Service Ration Card (Attach Copy) अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र अस्य अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र अस्य अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र अस्य अस्य अस्य अस्य वर्ग प्रमाण पत्र अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य	Devi
PAN No. न्याहे का परिवार के सदस्यों का नाम जिस्स के स्वार्थ के स्वर्थ के स्वर्ध के स्वर्थ के स्वर्थ के स्वर्थ के स्वर्थ के स्वर्ध के स्	
क्षान्त माणिक Mel Ker (Attach Proof of Income) (आय का महस्य मंतरन) MA PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): श्या आप आप कर राक है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। St. No. Name of Family Member ऊर. No. परिवार के सदस्यों का नाम परिवार के सदस्यों का नाम परिवार के सदस्यों का नाम उस (वर्ष) Gender Relation with अवेदक के स Chhate Jal GO H Uffe 1 ROTTSINGh 35 H SON BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायात्रा के शिरो विनांति आधार BPL Card (Attach Card Copy) परीवा रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आप वर्ष प्रमाण पत्र अस्य अस्य अस्य अस्य वर्ष प्रमाण पत्र अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य वर्ष प्रमाण पत्र अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य	शहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: क्ष्मल वार्षिक अपय AAN No. स्थार्ट खाता संख्या AARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): प्रा आप आप कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। Sc. No. Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Chate Jal Chate Jal Chate Jal BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायका के लिये विनित्र आधार BPL Card (Attach Card Copy) परीबा रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आप वर्ष प्रमाण पत्र अस्य अस्य अस्य अस्य वर्ष प्रमाण पत्र अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): श्वा आप आप का राजा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sc. No. Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Age (Years) Gender Relation with 3H (वर्ष) Chhate Jal Chhate Jal So PUTE BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card (Attach Card Copy) परिवार के अल्प आप वर्ष प्रमाण एव अल्प अल्प आप वर्ष प्रमाण एव अल्प अल्प अल्प वर्ष प्रमाण एव अल्प अल्प वर्ष प्रमाण एव अल्प अल्प अल्प वर्ष प्रमाण एव	
ह्मा आप आप कर दाख है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। Sc. No. Name of Family Member कम संख्या 1 Chhate Jal Chhate Jal 30 मिल्या BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायात्र के लिये BPL Card (Attach Gard Copy) मरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र	
Sr. No. Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम उस (वर्ष) Gender सिंग आवेदक के स Chhate Jal Go H Wife Chhate Jal Go H Wife 1. ROMSINGH 35 M Son 3. Ahc.Li 30 F DAUGhter is applicable) REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) RETURN के लिये विनित्र आधार BPL Card (Attach Card Copy) परिवार के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आग वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्द अल्प वर्ग प्रमाण पत्र अल्प आग वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्द अल्प वर्ग वर्ग	
क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उस (वर्ष) लिंग आवेदक के स Chhate Lal Go M Wife Le Rational Son Ahali 30 f Daughter ii 4 Gogesh Is II Grand Son Basis for Requesting Assistance (Tick whichever is applicable) सहायक के लिये विमित्त आधार BPL Card (Attach Card Copy) परिवार रेखा के नीचे प्रमाण एव अरुप आप वर्ग प्रमाण एव उपभोवना कार्ड अरुप कोर्य	No. of Contract
1 Chhate Jal 60 M Wife 2- Ratisingh 35 M Son 3 Aheli 30 F Daughter i 4 Yogesh IS M Wrand So BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायात्र के लिये विनाति जापार BPL Card (Attach Card Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोगता कार्य अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र	त्राध्यम् ।।च सम्बद्ध
2- Ration Son 30 मि Daughter i 4 Yogesh IS II Urrand So BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) परिवा रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र उपमोनता कार्य अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र	
3 Ahc.Li 30 F Daughter is applicable) 4 Yogesh IS II Utyand Si BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) परिशो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र	Carlos Ve
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहाया। के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy)	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायक्ष के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate Ration Card (Attach Card Copy) (Attach Copy) (Attach Copy) Basis/। गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अल्प आप	n law
सहायता के लिये विनित आधार BPL Card EWS Certificate Ration Card (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basia/। गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कार्	on
सहायता के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) एरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र Ration Card (Attach Copy) (Attach Copy) Basia/	
(Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/ गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अन्य कोर्	
	Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायशा हेत् किये गये बिनती का उद्देश्य:	
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached	
क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न	
1 Diagnosis RE-PCIOL	
LE - SENLLE CHIARACI	
2 Surgery-LE- PHACO WITH PRIMA	
CONTROL ON STATE OF S	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो?	- 150 - 150 - 150
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING A कम संख्या अन्य स्थात का नाम ली गई सहायता ग्रशी	
1 NIII	WAILED
	WAILED

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा पोषणा पत्र:

- 1) 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, table for rejection/cancellation.
- 2) 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
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in fulli, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं थोषणा करत हूँ कि इस प्रक्रप में दिये गये अपये विकरण मेरी आनकारी के अनुसार साथ एवं साथी है। यदि कोई विकरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकतो है।
- 2) के द्वार जो कारपता व्यक्त "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उर्दश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में घर गया है।
- 3) में पुष्टि करता हैं कि विस सतायत हेतू यह प्रार्थन को गई है, उस शीर का आरिशक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिषय में लूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pul-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) (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 प्रयत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि सेश नाम, पता. फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, बाचना/या दूसरे उद्देश्य से मुक्की गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवाग मेरे इलाव के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका काउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सन्वंध में "मांशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाज्यकारी शोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



AGREEMENT by HOSPITAL (** FREE DE WOR)

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

हमारे अधिकार, हस्ताक्षरी की ओर से मामले योगी को "जोशिका फाउन्देशन" से चितिय सहायता हेतु सिपपरिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न जकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तपान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उका रोगी/पायले में लेंगे या ले तो है, जैसे कि इसने "कांशिका फाउन्डेंशन" से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता विनीत ऑसिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनसभन से सहायता लेने का आंधकार सुरक्षित रखत है। इस पृष्टि में स्मन्ट कहा जाता है कि अरस्ताल दिलीय मदद उका रोगी-मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली पर्व सहायता केवल वितिष प्रकृति को है। रोगों पर हस्पताल द्वारा दो गई सल्लाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का जुनाव रोगी एवं हस्पताल
- वो बीच का विषय है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षाव नहीं है। इसलिये हुस्पीतल में रोगी के इलाव सुरक्ष् और आने जाने की सारी जिम्मेरारी रोगी एवं इस्पीतल

को होगी और "कोशिया" को कोई भूमिका या जिम्मेशारी इस मुर्वेगले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE अवीक्ती के लिए संस्तृति CHARAN MASSEY Date of Surgery Dr. BASITALILAKHANI ऑपरेशन की तारीख Administrator Authorised Signatory DNB (OPHTHAL) Numer Shrotts Exertar spitability ar 8/6/23 REGISTION NO STREET NO STREET LAMP) नाम व पर हस्यताल अधिकृत अधिकारी द्याबटर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न. आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2 न्यासी हस्ताक्षर ।