APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल)						Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	W0825	10365	APPLI आवेदन	CATION DATE : [3/08/25	Building block of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	0 24	ay'Lal	-	AGE-YEARS आयु-न	rd SEX feir		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: Ran	n Khihdi	-			4 -	
Nagla	otha	PRESENT RESIDENCE ADD	RESS TO	गान आवासीय पता		PASTE PHOTO HERE	
ZVagaa	4.		1101			Ricap Postop	
		Same a		bove			
OCCUPATION :		100 mm	- 4				
TOTAL ANNUAL INCO	6410	6007			(Attach Proof of	स) / UNMARRIED (অবিবাচিত্র)	
कुल वार्षिक आय	016-00	3.6000/			(आय का साक्ष्य		
PAN No. स्थाई खाता स ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) स पर सही का निशान लगाये।	ii ii	Yes / No	4	_	
क्या आप आय कर दाता	ह (बामान्य हाउ	स पर सहा का ानशान लगाय।		हां / नही DETAILS परिचार वि	बरण		
Sr. No. क्रम संख्या	Na tif	me of Family Member खार् के सदस्यों का नाम	A	ge (Years) उम्र (वर्ष)	Gender - लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
1	She	चेव		22	F	ulife	
2 -	vijay			34	m	SON	
	Shall			30	F	Daugaterin Lau	
						11105	
		BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये			r is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण सत्र की झाया प्रति संलान करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
				iESTING ASSISTAN में विनती का उद्देश्य			
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सुची संलग्न					
IPOZ PIK	ā	RE- Cataract					
		LE- Cotaract					
		Swigery- (RE) - SICS + PMMA					
		ASSISTANCE BEING AVA				ES	
Sr. No. क्रम संख्या	Fr. No. NAME of OTHER SOU म संख्या अन्य स्त्रोत का नाम					of Assistance being availed ली गई सहायता एगी	
1.	a)Bes	SORIE .			2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: अर्थेट्क द्वारा घोषणा 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.
- 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 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.
- वें धोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विश्वरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया प्राव्य है तो मेरी सहायना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ग्रांश "कोशिया फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बस गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य फ्रोक/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (saides gitt said)

- 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 प्रपत्त पर अपने हस्ताबार या अंगठे को बाप लगाकर, में (अववेदक) अपनी सतमित की पुष्टि करात हैं एवं "कांशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और वो विवरण इस प्रपत्त में योषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपसम्प्रियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाव के मठले था बाद में करने वो लिए "कोशिका कारडेंसन" व नगरी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से महमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देरणों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का उकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाण्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताधर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (FIGHT ETT STILL)

By affixing fiereunder, 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 swall 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 attest 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, हस्ताकरी को अंद से मामलेखोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से चितिय सहायता गेतु मिफारिश को बातो है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मामा व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न मी भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑग्रेसकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य सन्सद्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित्र रखता है। उस पृष्टि में सम्बंद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सापन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेंगन" से तो गई सहायण कंवल विशेष प्रकृति को है। ऐसे पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया के स्थापन कंवल विशेष को है। ऐसे पर हस्पताल दें। इसलिये हस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा करने के साम किया गये के स्थापन से रोगों के इलाज सुरक्षा करने के साम किया है। इसलिये हस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा करने के साम किया है।

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी के इलाज सुरक्षा के कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मायले में नहीं होगी।

DR PRAVEEN SEN SHAMECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Administrator

Date of Surgery आँपरेशन की तारीख Reg. No. 97415 Time Reg. No. 97415

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इन्डाक्स व रीचे. न. (Name, Design And Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतू

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्ताक्षर 2

प्रिक्तिकारी