APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)							Koshika	
APPLICATION No.: A 0825/0367				APPLICATION DATE : 18-08-25 आवेदन तिथी			Building block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Ved Prakash				AGE-YEARS जापु-वर्ष SEX सिंग			135 56	
FATHER S/SPOUSE'S NAME : पिता/महुम्म का नाम  (प्रार/महुम्म का नाम  PRESENT RESIDENCE ADDRESS वृत्तमान आवासीय पता							10/01	
	noli	Teb-kishanja	th 1	नेपान आवासात त्या	-	YROUTH	1	
ROJASTAM 30140 ( PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता							Puep Post of	
OCCUPATION:					Τ	Vanish (Sauda	ন) / UNMARRIED (অবিবারিন)	
TOTAL ANNUAL INCOM		(Attach Proof of			And the property of the second			
कुल वार्षिक आग	5400	0/-			(	आय का सास्य	संसम्ब) NA	
PAN No. THIS THIS THE ARE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE (	lick whichever is applicable):		Yes (No हाँ ∫नह	)			
क्या आप आप कर दाता ह			FAMILY	DETAILS परिवार	विवरण			
Sr. No. कम संख्या	Nar	ne of Family Member बार के सदुस्यों का नाम	T	Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
-		Chajuxam		33		M	Son	
2.	Ratanial			30		m	Son	
23 -							\$183 Gr. (1)	
		BASIS for REQUESTING	TRIPPA	ANCE (Tick which	nver le	annlicable)		
		सहायता के लिये कि	नति आ	T T T T T T T T T T T T T T T T T T T	nver is	аррисане		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्राया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्प आग वर्ग प्रमाग पत्र (प्रमाण पत्र को सावा प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ट (प्रमाग पत्र की साधा डॉट संलग्न करें।			Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			तु किये	QUESTING ASSIST गये विनती का उद्दे	स्य:			
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सुची संस					1	
	1 Diagnosis RE - S				serile cataract			
	LE - senile cata					ract		
		110	_					
2. Surgery - RE- SICS WITH PINONS								
					-			
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई					CES	
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOUR					of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता रासी	
	] -							

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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.
- 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) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिवे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महायता दिस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो नतायका राशि "कोलिका फरवन्देशन", से ली का छी है, उसका उपयोग उसी वदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेण, जो इस प्रकर में घर गया है।
- 3) में एप्टि करत हैं कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सांगि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत:तियोजक/बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही पविषय में सुनैय।

## AGREEMENT by APPLICANT (अवशेषक द्वारा 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.
- 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 प्रथत पर अपने इस्ताधर या अंगते की ब्राप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेंग नाग, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपद में घोषित हैं, उसे "कोंशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचन/या दूसरे उन्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार सम्बन्ध से प्रसारित करने को लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहामता के उर्दश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और वाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के समझहर का शंगुरे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (KERNIE BIT WITE)

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, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेगोगी को "कोशिका फाउनोशन" से वितिय सहायता हेतू सिफारिश की नाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायश किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से ठकर रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से स्वायता लेने का अधिकार सुर्दाक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कॉलिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी का हस्यताल द्वारा दी गई सलाह का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाइन्डेशन" द्वारा किसी प्रकृत का कोई दक्षक नहीं है। इसलिये इस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या जिम्मेदारी इस्त्रामल में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख 

N.B.B.S. M.S. Ophthalmology
(Name of Dr. & Freen, Ng. with Stamp)

प्राव्य को जारी की स्वाप्त के स्वीकृति व स्वीकृति स्वीकृति व स्वीकृति स्वीकृत