APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभात)						Koshika	
APPLICATION No.: V/0825/0374			APPL आवेदन	ICATION DATE :	19/08/25	Building block of life	
NAME of APPLICANT: Momjy				AGE-YEARS अपन	-वर्ष SEX लिंग	50.	
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्म का नाम	MAME: MI	inshi					
	hana 9	PRESENT RESIDENCE ADDI	9			PASTE PHOTO HERE PORTO	
		RMANENT RESIDENCE ADDI	RESS: #4				
		same a	8	chave			
OCCUPATION :	ð	Iome mak	en		MARRIED (Page	हित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संस्	IE:	57000/-	1 Fa	milyo	(Attach Proof (आय का साक्ष	afincome) य संलग) NA	
ARE YOU AN INCOME T	TAX ASSESSEE (	Nck whichever is applicable): उपर सही का निशान लगाये।	35	Yes / No ਗੱ/ ਜਨੀ			
				DETAILS परिवार	विवरण		
Sr. No. क्रम संख्या	Nar परि	ne of Family Member बार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
	Chu			68	m	Husbornd	
2.	Narendra			.26	m	son	
3 -	1< am lesh			32_	F	Daughter in law	
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये			ver is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संशान करें।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संस्थन करे।		Ration Card (Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की शरमा प्रति संलग्न करे। JESTING ASSISTANCE:		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
			हेतु किये ग	ाये विनती का उद्दे			
Sr. No. क्रम संख्या		तस्त					
141		अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न AE — Cartana Ct					
iệ t	LE- Cataract						
		Swig	-eny	- (R)	) - J' I(	S + PMMA	
		ASSISTANCE BEING AVAI	LED for S/ ई अन्य सह	AME "PURPOSE" ।वता किसी अन्य स	from OTHER SOU बोत से लिया गया ह	RCES	
Sr. No. क्रम संख्या / -	ABC	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थीत का नाम				NT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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.
- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्राप्तप में दिये गये सभी विश्वरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं खड़ी है। घीर कोई विश्वरण एवं कथन असाय प्राप्त जाता है तो मेरी सहायदा निरस्त की जा सकती है
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता साँक "करिशका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि विस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस तांदा का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पंत्रिष्य में लेगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आनंदक हारा 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/oublish/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 प्रपत्र पर अवने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लायकर, में (आवेदक) अपनी सङ्गति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेरन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा न्याम, पता, फोटो और वो विवयण इस प्रपत्र में योगित है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, रान, यावनात्या दूसरे उत्हरेग्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवयण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका पाउडेरान" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहस्रत है कि भेग नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहत्र्वता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहापता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकांग्रे होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेएक के इस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (SECIET STI STOK)

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:

I) 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.

ा the matter.
हमारे अधिन्त, हस्ताक्षरी को ओर से मामले रोगी को "कोशिका फाठन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, दिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्तमान और न हो भविष्य में जितिय सहायता किसो गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ते रहे हैं, नैसे कि हमने "कोशिका फाठन्देशन"
से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" हारा मरप हेतु कि है। यदि "कोशिका काठन्देशन" हारा सहायता विनीत आशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल
किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताथन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्थल कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी
गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

"काँशिका फाउन्डेशन" में ली गई महायता केवल चितिय प्रकृति को है। ऐगी पर हस्रताल हुना दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का सून्य की प्रकृति को है। ऐगी पर हस्रताल हुना दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का सून्य की साथ प्रकृति की साथ प्रकृति की प्रकृति के प्रकृति की प्रकृति के प्रकृति की प्

ही होगो और "कोहिका" की कोई पूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

DR. PRAVEEN SEN SHAH स्थीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

Reg. No. 97415

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख

Time Date

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम च हस्ताकर व र्रीब. न. (Name, Designation Bistom & Authorised Signatory on behalf of Hospital) । नाम च पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्ताक्षर 2