BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Carti (Attach Card Copy) गरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संसाय करे। "PURPOSE" कि REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनती आधार "PURPOSE" कि REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनती आधार "PURPOSE" कि REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Whetical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल्थ्डीक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संसाय RE SCALLE ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य संधायता किसी अन्य स्वेत से सिंद्या गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य श्री किसी अन्य स्वेत से स्वेत से सिंद्या गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED का मानवार स्वेत से सिंद्या गया हो? श्री गई सहायता ग्री			V	RN-	-C-2	1-09-104	6	
PRICE TO AN INCOME TO A STATE STATE OF THE WORKER AS THE TO AND COME TO AND C	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप						Koshika	
AME OF APPLICANT		V (0921)	0309	आवेदन ति	ची 2		Building block of life	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS स्वीचन आवासीय पण PRESENT RESIDENCE ADDRESS स्वीचन आवासीय पण PRESENT RESIDENCE ADDRESS स्वीचन अववासीय पण (3889) किलानों र SAME के किलाने पण (3889) किलानों र SAME के किलाने पण (3889) किलानों र SAME के किलाने पण (3889) किलानों र Singh (3889) किलानों र SAME के किलाने पण (3889) किलानों र Singh (38	Control of the Contro	Rami	jit Singh	AG		- SEX TOPT		
Dist. Attach. Permiser of Sample (Sample Sample Sa		NAME:		_(1	anantha mar			
Same at above Singh (CIPATION: RETER THA ANNUAL INCOME: 3465 अग 3465 अग 3465 अग 3465 अग 3465 अग 3465 अग No. त्याई खला संख्या Sr. No. अग अता बत संख्या Any Other अता अता अता अता है (जो आन हो उस पर सती का नियान लगाये) FAMILY DETAILS परिवार विवरण त्या परिवार के प्रदेशों को नियान हो उस पर सती का नियान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण त्या परिवार के प्रदेशों को निया निया निया निया निया निया निया निया	Inso	lilapun	, Bhaiyan, B	hai	an,	Tylas	Preop Poxtop	
Same at above Singh CEPATION: REEP TAL ANNUAL INCOME:	9	Dixt.	RMANENT AESIDENCE ADDRES			1	(0389) Ramji+	
स्तिय अप्रधान प्रशास के स्थाप प्रधान के स्थाप कर को स्थाप प्रतियान करें। अप्रधान कर को स्थाप अप्रधान करें। अप्रधान करें। अप्रधान कर को स्थाप अप्रधान करें। अप्रधान कर के स्थाप अप्रधान करें। अप्रधान कर को स्थाप अप्रधान करें। अप्रधान कर के स्थाप अप्रधान करें। अप्रधान कर क		S	ame at al	onve			Singh	
स्था का साहवा संक्या (अव का संक्य (अव का संक्या (अव का संक्य (अ	ziania Chempleyes					(Attach Proof of	Income)	
EYOU AN INCOME TAX ASSESSEE [Tick whichever is applicable] अाप आप कर राज है (जो मान हो उस पर सही का निशान वरायो। Sc. No. अमार of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम अवदेशक के साथ समय परिवार विवारण अस्य अप कर राज है (जो मान अस्य स्वार समय समय अस्य स्वार समय समय अस्य स्वार समय समय अस्य समय समय अस्य समय समय अस्य समय समय समय समय समय समय समय समय समय सम	ल वार्षिक आय	0	1000 - (fam	1/4)	1	(आयं का साध्य	संतन) NA	
Sr. No.	E VOU AN INCOME	TAX ASSESSEE /	स पर सही का निशान लगाय।		हां / नह			
अंतर के से साथ सम्बर्ध प्रित्या के सिर्देश का नाम अस्ति (पार्च) तिर्देश अस्ति (पार्च) विभाव (पार्व) विभाव (पार्च) विभाव (पार्च) विभाव (पार्व	5 71	N=					Relation with Applicant	
9. Senti 29 मिंग किया के विशेष क्रिया के विशेष क्रिया करें। BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायात के विशेष क्रिया आधार (Attach Card Copy) मधीची रेखा के मीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की हामा प्रीत संस्था करें। (प्रमाण पत्र की हामा प्रीत हामा प्रम संस्था करें। (प्रमाण पत्र की हामा प्रीत हामा प्रीत हामा हामा हामा हामा है)		ম্বি	बार के सदस्यों का नाम				आवेदक के साथ सम्बध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) REQUESTING ASSISTANCE (Attach Copy) REQUESTING ASSISTANCE: REQUES	1	Me	eera	7	2	F		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संसान करे। St. No. क्रम संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश के हेतू केई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश के हेतू केई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश के हेतू केई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED केम संख्या	0	50	lanti	2	9	M	Sen	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के मिर्च विनित्ते आधार (Attach Card Copy) गरीजी रेखा के भीचे प्रमाण पत्र (अमाण पत्र की खाया प्रति संस्थन करें। प्रमाण पत्र की खाया प्रति संस्थन करें। अन्य कोई साक्ष्य अस्पताल्य हिन्स से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संस्थन स्वार की खाया प्रति संस्था संस्थन अस्पताल्य हिन्स से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संस्थन अस्पताल्य हिन्स से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संस्थन अस्पताल्य हिन्स से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संस्थन अस्पताल्य हिन्स से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संस्थन अस्पताल्य हिन्स से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संस्थन अस्पताल्य हिन्स से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संस्थन करे। अस्पताल्य हिन्स से जारी की नित्या गया हो? अस्पताल्य प्रतिवंदन सुची संस्थन प्रतिवंदन सुची संस्थन प्रतिवंदन सुची संस्थन प्रतिवंदन सुची संस्थन प्रतिवंदन सुची सुची की सु				2	6	F	Daughter in law	
सहायता के लिये विनांत आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनांती का उद्देश्यः "PURPOSE" to REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनांती का उद्देश्यः "PURPOSE" to REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनांती का उद्देश्यः "PURPOSE" to REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनांती का उद्देश्यः "PURPOSE" to REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनांती का उद्देश्यः "PURPOSE" to REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनांती का उद्देश्यः "PURPOSE" to REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनांती का उद्देश्यः "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sc. No. NAME of OTHER SOURCE कम संख्या "PURPOSE" from OTHER SOURCES ती गई सहायता राशी								
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरी विनती का उद्देश्य: Sr. No. क्रम संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उद्देश्य के हेतु कीई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उद्देश्य के हेतु कीई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. MAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम			BASIS for REQUESTING AS सहायता के सिये विनति	SISTANCE	E (Tick which	ever is applicable)		
अप्राप्त हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Sr. No. इस संख्या RE — Service Catavact LE — Brunescent Catavact Surgury — (E) SECS + Tale Assistance being availed for same "purpose" from other sources हम उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of Other Source कम संख्या NAME of Other Source कम संख्या NAME of Other Source लो गई सहायता ग्रशी	(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		(Attach Gopy) डपभोक्ता कार्ड		Basis/Proof	
अस्पतालग्डीकर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न RE — Scrice Codaract LE — Brunescent Codaract Suggety — (E) STCS + ToC ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया तो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE कम संख्या अन्य स्वीत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी			"PURPOSE" fo सहायवा हेत्	REQUES किये गये	TING ASSISTA	ANCE: १४:		
RE — Senile Cataract LE — Brunescent Cataract Surgury — E STCS + Tel Surgury — E STCS + Tel Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? St. No. NAME of Other Source अन्य स्त्रोत का नाम AMOUNT of Assistance being availed की गई सहायता ग्रशी		4) N	Aedical Re	eports/Prescr से जारी की ग	riptions Attached ई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
Sungury (E) STCS + TaC ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रंशी	क्रम संख्या							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम अन्य स्थोत का नाम ली गई सहायता राशी		LE - Brunescent Cataract						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम अन्य स्थोत का नाम ली गई सहायता राशी								
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात स लिया गया हा? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य कोत का नाम अन्य कोत का नाम की गई सहायता राशी			su2	gur		(E) ST	S+TaC	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वात स लिया गया हा? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वोत का नाम अन्य स्वोत का नाम अन्य स्वोत का नाम			ASSISTANCE HEING AVAILED	for SAME	"PURPOSE"	from OTHER SOURC	ees	
इ. No. इ.म. संख्या अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता राशी			इस उद्देश्य के हेतू कोई अ	न्य संद्रायता	किसी अन्य स	वात स लिया गया हा?		
2000				(G#		AMOUNT		
1 1/565		DBCS				2000		

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा चोपणा 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 & ongo, 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
- 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, for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता (कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण भेरी जानकारी के अनुसार राज्य एवं सारी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरो सहायता निरस्त की जा
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्यता राशि "कोशिका काउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकर में भरा गया है।
- मैं पुष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेंद्र यह प्रार्थना की गई है, उस राति का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोगक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आमेदक 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, efectronic, 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 प्रयत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगते की काप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की मुस्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फीटो और वो विकरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पति, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मै (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पाता, फोटो और विवारण को कि सग्रामता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का इकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय औरम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूडे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (रहमवाल द्वारा 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 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 assistance from the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment potential advised by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will patient, is based on the arrangement between the patient & 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 नामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से चितिय रहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही शविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हाता मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सै संस्था या किसी अन्य सैन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्धावत 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 लेगारलेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल मितिय प्रकृति की है। रोगी यर तस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल है Eye ()
के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की आरो जिल्लेंद्र अपने प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की आरो जिल्लेंद्र अपने प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की आरो जिल्लेंद्र अपने प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की आरो जिल्लेंद्र अपने प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की आरो जिल्लेंद्र स्थान स

को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। Administratio RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति SUFYAN DAN Date of Surgery M.B.B.S., DOMS, DNE ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Author Storage Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) MC 8289 on behalf of Rospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक वपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताक्षर 2