SRE-C25-18-1528

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(स्वास्थ	althcare) धय देखभाल)	Koshika foundation						
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	5/08	25/0393	Contract of the Contract of th	TE: 26-8-25	Building block of life.						
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Nouso	Sahandeu	AGE-YEARS								
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम		ate My F	rishi Re	d							
127,	91499 14670	ya, Harra	A, 0192	Viakhana,	Pur op Postop						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता					Sahandui (
OCCUPATION:		me Makes		MARRIED (विवा	हेत) / UNMARRIED (अविवाहित)						
ञ्यवसाय TOTAL ANNUAL INCO जुल वार्षिक आय	the same of the sa	100 Famil	The second second	(Attach Proof o (आय का साक्ष्य							
PAN No. स्थाई खाता ARE YOU AN INCOM	E TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		s / No							
नेता आप आप बाद मेरा	i b (st mind b) or		FAMILY DETAILS T								
Sr. No.	Na	ne of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant						
क्रम संख्या	परि	वार के सदस्या की वाम	उम्र (वर्ष)	<u>सिंग</u> (V)	अवेदक के साथ सम्बध						
(2)	 	291/1	36		Thugh Host in Jan						
(3)	Ranku		13	/M	Grand Sen						
		BASIS for REQUESTING A	SSISTANCE (Tick v	vhichever is applicable)							
		सहायता के लिये विन	ति आधार								
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संखग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्राया प्रति संतरन		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड यत्र की स्त्रया प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य						
			or REQUESTING AS कुं किये गये विनती क								
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached											
क्रम संख्या	क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न										
	1										
Diganosis - RE- Senile Cataract											
	Cataract										
Surgery RE-SICS WITH PHMA											
								ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SAME "PURP	OSE" from OTHER SOLL	RCES
								इस उद्देश्य के हेतू कोई	अन्य सहायता किसी व	अन्य स्त्रोत से लिया गया हो	?
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURC अन्य स्त्रोत का नाम		AMOUN	T of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता यशी						
				_							
	_										

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.
- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ग्रांश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यामीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, रान, चाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबेदक के हस्ताखर या अंगृठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करार)

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:

(Hospital) hereby alltim a 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, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय महत्यता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त ऐगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ऐगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विष्मेथारी रोगी एवं हस्पताल

के बीच का विषय है और "कोशिका पाउन्हर्शन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं हैं। इस्सानय हैं-स्वाल में रागी के इताज सुरक्षा और अपने कार का कार विध्यान हैं। इस्सानय हैं-स्वाल में रागी के इताज सुरक्षा और "कोशिका" को कोई पूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26-8-25

(Name Oc. & Regn. No. with Stamp)

होबंदर को की किस्सान के स्विति के एक्से की किस्सान के स्वीकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू

SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्ताक्षर 2