		SRE	- (- 25 -	08-	497	
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(Healthcare (स्वास्थय देखमा	ल)	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	SIA	895/B39U	APPLICA आवेदन रि	TION DATE: 26	-8-25	Building block of life.	
NAME of APPLICANT :	210	023/03/19		E-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग		
अविदेश का नाम	A	PARRITA		60	0		
		PARLTA		00			
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्म का नाम	Total 1	Mr. Must	aft	2			
0.0	- Ure	PRESENT RESIDENCE ADDRES				PASTE PHOTO HERE	
RIDOP	way	Han Phad	edh,	P347	20	Pue of Postop PAKZJA,	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता						PAKIJA	
		same as	al	OUC .		(0394)	
OCCUPATION : व्यवसाय	H	me Maker	ı		A WOUTHING THE	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	44,0	00 (family		come)	Attach Proof of (आय का साक्ष्य	Income) संलग्न) NA	
PAN No. स्थाई खाता संख ARE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No	9		
क्या आप आय कर दाता है	है (जो मान्य हो उ		AMILY DE	हां / लही TAILS परिवार विवर			
Sr. No.	Na	me of Family Member	Age	(Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परि	खार के सहस्यों का नाम HKh में K	39	(ati)	<u>लिंग</u>	आवेदक के साथ सम्बध 50h	
33		Kalo		37 F		Drughtten in Jan	
(3)	Visital		18 19		IVI	Chyand son	
(u)		·ioiu i	16			(nsi and son	
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विमां	Fr	E (Tick whichever	is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न	- 1	Ration Card (Attach Copy) ठपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की खम्या प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
				STING ASSISTANCI विनती का उद्देश्यः	E:		
Sr. No. क्रम संख्या		अस	7				
	-	6 6			d		
	3 700	Diagnosis - KE senili Cataract					
	3/						
- 12	1	V		SCA	,u.	Carwan	
- 13	- 5	Juraeur -	16	- SI	cs L	With PMMA	
	* Sheet	0 1		8	LP		
10		ASSISTANCE BEING AVAILED	D for SAM	E "PURPOSE" from	OTHER SOUR	CES	
0- N-	1	इस उद्दश्य क हतू काइ व		। किसा अन्य स्वत	The second second second	of ASSISTANCE BEING AVAILED	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME OF OTHER SOU अन्य स्थात का नाम		AMOUNT		AMOUNT	ली गई सहायता ग्रशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) 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.
- 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 महायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोतः/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आयेदक 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 प्रयत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में खेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों 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 फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहयत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुले का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्यताल 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:

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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

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

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26-8-25 (Name: Designation & Stamp of Authorised Signatory on Deficit Gubb pital) जाम व प्रस्मिति अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE RECOM

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

प्रिक्रियापूरी
प्रिक्रियापूरी
प्रिक्रियापूरी