APPLI	(Healthcare) (स्वास्थय देखमाल)			Koshika			
APPLICATION No.:			APPLICATION DATE	19-0	7-2023	The state of the s	
NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS SHIT-THE SEX THE			
MUS VIJOYPOD SINGE			56	56			
FATHER'S SPOUSE'S NA THILVING PU HIT HIT			M				
1.00.00	# 00 L	PRESENT RESIDENCE ADDRES	ss भागित आधासीय <u>प</u>	ला		PASTE PHOTO HERE	
Royaparis Prodechi	2474	HODDUH BAN HODDUH BAN L	nken, 0	tta	1	PHEOP POST OF	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRES	S: स्याई आवासीय पत	īi .		VISOUPOO Cinas	
		same as a	BOVE			(0399)	
OCCUPATION:		MA	ARRIED (FINIS	त) / UNMARRIED (जनिवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वर्षिक आप			ttach Proof of आय का साहय				
PAN No. THE THE TEST	X ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes /				
क्षा अस्य ज्यान त्या अस्य ह	(41 41 4 01		AMILY DETAILS VIRG				
Sr. No.		ame of Family Member	Age (Years)	-	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संस्था		रिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	_	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
161		2017		1	7	SON	
(3)	VIKOS		50	1	1	Son	
(9)	Courcusevo		20		1	Son	
(5)	amito		26			Daughten muni	
(6)		RIGO	04			Comind doughten	
				-			
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which sales)	hever la	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छामा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अरूप जाय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साया प्रति संख्यन क	4	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता काई (प्रमाण पत्र को सावा प्रति संसम्म करे		Any Other Basis/Proof अस्य कोई साध्य	
			REQUESTING ASSIS				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न						
	Diagnosis-RF- John Senge Cataract						
	The state of the s						
	LE - PIE CION PHOCIC						
	The same of the sa						
	Stuggery- RE-CICS WITH PHAD						
	U	PAMA					
		0 0					
		ASSISTANCE BEING AVAILED I	for SAME "PURPOSE	" from O'	HER SOURCE	ES	
Sr. No.	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सकायता किसी अन्य स Sr. No. NAME of OTHER SOURCE					FARRIPPALISE MANAGEMENT	
क्रमं संख्या	अन्य स्वांत का नाम		έ ξ.		AMOUNT 6	f ASSISTANCE BEING AVAILED ली. गई. सहामता. राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदल द्वारा भोषणा एव:

- 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.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimburnement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 🕦 मैं भोषणा भरता 🔏 कि इस प्रक्रप में दिने गये सभी विकारण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विकारण एवं कथन असरय पामा जाता है जो मेरी महायवा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहापता ग्रांत "कोतिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रकप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहापता हेतु पर प्रार्थना को गई है, उस सहिर का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोतानियोजक बीमा कम्पनी से प तो लिया है और प ही परिएम में स्ट्रीय।

AGREEMENT by APPLICANT (middle girl wor)

- 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 हस्ताक्षर या अंगडे की क्षाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीमी " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में मोपित है, उसे "कोशिका" एकर् न्यासी, दान, बाचना/वा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिथियियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार नाय्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवरण मेरे इलाज के पहले था बार में करने के लिए "कॉरियला जातडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अववंदक) इस बात से सहसत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सतापता के उट्टेश्यों से फ्रांमेंत है मुझे स्वत: सहायता का डकटार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंग्रे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (श्रम्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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, हस्ताकरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की याती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्म प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। पत्न कि न तो वर्तमान और न हो प्रविष्य में विविध महामता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से ठक्त ऐगी/मानले में लेंगे वा ले तो है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उपत के समक्ष्य में "कोशिका फाउन्तेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्तेशन" द्वारा सहायात्र विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य मेर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनरायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पराल द्वितीय परंद उत्तर रोगी/पापले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था चा किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह का किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इताब सुरक्षा और आने जाने की सारी निम्मेंदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की करीख 19-07-202

Dr. Ravi Raj Jain MBBS, DOMS (AMU)

(Name of the & Regio No. And Stamp) द्वाबटर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न.

Ranveer Singh \$andhu

(Name, Designation & Shiftip of Adherised Signatory Dr. Shroff's Greensy distributional नाम व **M.A.N. को** प्रिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

व्यन्तरिक रुपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्वासी हस्ताक्षर 2





Unique Identification Authority of India

with:

500 धूम शिक्ष शाउस न देशके नाम क थाल शाजुपर राजुपर, शासनपुर आसमा अनार प्रदेश, 247451 Address 5/3: Droom Singh, house no. near denart village, rejupur. Rajupur, Saharangur, Bharida, Littar Pradesh, 247451

2249 7554 0751





