		SRE - C-S	25	-08-	1749	
		RM FOR ASSISTANCE ् आवेदन प्रारूप		(Healthc (स्वास्थय देर	are)	Koshika
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	5/082	5/0407	APPLIC आवेदन	ATION DATE :	8-25	Building black of life.
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Mars	KamlaDa	A A	SE-YEARS STE	वर्षे SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्म का नाम	ME: / N FO	Mar. Kari	pal	Singh		77 42
A 1	mpus	PRESENT RESIDENCE ADDRE		न आवासीय जैता	У.,	Pore oppostop
- U		RMANENT RESIDENCE ADDRE	SS : स्थाई	आवासीय पता		Mrs. Kamla
		me as a	bay			(0407) Devi
OCCUPATION :	omi	Maker			MARRIED (विवाहि	त) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	And in case of the	00 (family	·I	come) (Attach Proof of (आय का साक्य	Income) संलग्न) <i>WA</i>
PAN No. स्थाई खाता संख्य ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है	X ASSESSEE (Tick whichever is applicable): र पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हां / यही	/ .	
10 401 401 51 511 2			_	ETAILS परिवार वि		
Sr. No. क्रम् संख्या	र्भ परि	ne of Family Member व्यर के सुदस्यों का नाम		e (Years) म्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
(3)	40	CA SE	1	40	M	Son
(3)	103	Kanti.		रहें	ħ	Carland Son
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTAN नति आधार	CE (Tick whiche	ver is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।		n	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
			7.00	STING ASSISTA विनती का उद्देश		
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diag	nosis -	7	12 -	senil	e cataract
	Trud	10010	L	-	seril	e cataract
	C	e di sultata				'II a

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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.
- 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 है कि इस प्रारूप मे 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 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 होतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोत/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 हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो जिवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोंशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी प्रतिविधियों और 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 फाउंडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मै (आवेदक) इस बात से सहमत 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 न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 affirm 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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेंशन" से बितिय 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 रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आंशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित 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 लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल 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 सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

28-8-25

Name of Name (Name of Name of

(Name, Designation & Stand of Authorised Signatory

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

مادر مراد

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

20 - 03 - 2025