BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहारता के लिये विनति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाव प्रति संलय करें।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छाव प्रति संलय करें।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छाव प्रति संलय करें।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छाव प्रति संलय करें।  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पदाल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संलय  RE - Cata TIACt  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायश किसी अन्य स्क्रीस से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अस्प स्क्री का जाम से स्वित्य पत्र हो?  NAME of OTHER SOURCE अस्प स्क्री का जाम से स्वित्य पत्र हो?  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED का स्क्री का स्वाप्त स्वी से लिया गया हो?		DRM FOR ASSISTANCE त् आवेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखभात)		Koshika foundation				
Service का जाय PATHER DEVENDED  PRESENT RESIDENCE ADDRESS RETURN STRETCH VIEW PROCESS  TATALISED AND SETTING ABUNCA PROCESS RETURN STRETCH VIEW PROCESS  PERMANENT RESIDENCE ADDRESS RETURN STRETCH VIEW PROCESS  PROMITED ADDRESS PROCESS  ADDRESS PROCESS  PROCESS PROCE		1/0822/	0438			1/08/23	Building block of life.		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्षमा अवसारीय पता  PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्षमा अवसारीय पता  TATIALIST AMMA, BURK ADUNA, POLITICAL PULL SUKKADUM, BURKADUM,	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				72 12	वर्षे SEX लिंग			
TATION AND PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: THE SMETTER OF POSTOP POSTOP PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: THE SMETTER OF THE SMETTER	FATHER'S/SPOUSE'S NAME: TO ALL DOLL								
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: THE SOURCE OF SAME PURPOSE OF SAME PURPOSES OF SAME PU			PRESENT RESIDENCE ADDRES	SS 4	तमान आवासीय पता	001702 = 1			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: THE SOURCE OF SAME PURPOSE OF SAME PURPOSES OF SAME PU	The state of the s								
OCCUPATION: HOME MAKET (MARRIED (शिवारित)) (JUMARRIED (अविवारित))  OCCUPATION: HOME MAKET (Married)  Alach Proof of Income) (आप का शास्त्र माना (आप का साम्त्र माना (	The body of the state of the st								
OCCUPATION:			Same al	abe	We		Davi		
स्वित्ता के अवत कि प्राचित के अवत कि प्राचित के अवत कि अवता अवता अवता अवता कि अवता क				-			UEVI		
सहन चरिक अप (अप का सारूप सलान) \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	व्यवसाय		ne Maken			1			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE [Tick whichever is applicable): या आप आप कर राता है (जो मन्य हो उस पर सती का निशान लगाये।  FAMILY DETAILS यरियार विवरण  FAMILY DETAILS यरियार विवरण  SS. No.  Name of Family Member  परिवार के सरस्यों का नाम  SUMMAN  ARE STANCE TICK whichever is applicable)  RASIS FOR REQUESTING ASSISTANCE [Tick whichever is applicable)  RATION COPY  (Attach Card Copy)	कुल वार्षिक आय	60	000/- (Fan	ni	CEL		ncome) संतान) <i>MA</i>		
अप आप कर रहात है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)  Sr. No.  Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम परिवार के सदस्यों का नाम परिवार के सदस्यों का नाम  New Harat	the state of the s		-10.00000000000000000000000000000000000						
Se, No.  Set How I was of Family Member of Titler के सारक्ष का नाम (त्रिय का का का नाम (त्रिय का का का का का का नाम (त्रिय का का का का नाम (त्रिय का	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर साही का निशान लगाये। हां / नहीं \								
कम संख्या  परिवार के सदस्यों कम नाम  अप्रतिकार  अप्रति									
ति प्राप्त करें। प्राप्त करें	L-071513277.5	Na ufi	me of Family Member कर के अटरवाँ का नाम	1 5	Age (Years) उम्र (अर्थ)		Relation with Applicant		
3. KniAhmu devi 3.5 F Daug neen in law 4. San thak 13 M (प्रकृतान Sim 5 Samas th 10 M 19 99  BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार  BPL Card (Attach Card) (Attach Card (Attach Card) (Attach Card) (Attach Card) (Attach Card) (Attach Card) (Attach Card (	4.1						The state of the s		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहारता के लिये विनति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाव प्रति संलय करें।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छाव प्रति संलय करें।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छाव प्रति संलय करें।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छाव प्रति संलय करें।  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पदाल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संलय  RE - Cata TIACt  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायश किसी अन्य स्क्रीस से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अस्प स्क्री का जाम से स्वित्य पत्र हो?  NAME of OTHER SOURCE अस्प स्क्री का जाम से स्वित्य पत्र हो?  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED का स्क्री का स्वाप्त स्वी से लिया गया हो?	¥-				38	Δ	100000000000000000000000000000000000000		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेख के नीचे प्रयाण पव (प्रमाण पव को छम्च प्रति संस्थान करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता होतु किये गये विनती का उर्दर्शयः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलगन  RE - Card attach  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्द्ररूच को होतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से लिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्द्ररूच को होतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से लिया गया हो?  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हम सहायता गरारी	3-	Knishna devi			35	F	Daughten in law		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहारता के लिये विनित आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रीत संलग्न करे।  Sr. No.  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहाया किसी अन्य स्तेत से लिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्तेत से लिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्तेत से लिया गया हो?  Sr. No.  AMME of OTHER SOURCE अन्य स्तेत का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिया में सहायता सती	ч.	Sarthak			13	M	Grand San		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाव्य प्रति संलग्न करे।  Sr. No. क्रम संख्या  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहाया किसी अप स्थित से लिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहाया किसी अप स्थित से लिया गया हो?  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहाया किसी अप स्थित से लिया गया हो?  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अप स्थित से लिया गया हो?  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अप स्थित से लिया गया हो?  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता विस्ती अप स्थित से लिया गया हो?  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता गरी	S	Saman Ha			10	14	19 91		
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाव प्रीत संलग्न करें।  (प्रमाण पत्र को छाव प्रमाण पत्र को छाव प्रमाण करें।  (प्रमाण पत्र को छाव प्रमाण पत्र को छाव प्रमाण करें।  (प्रमाण पत्र को छाव प्रमाण करें।  (प्रमाण पत्र को छाव प्रमाण करें।  (प्रमाण पत्र को छाव प्रमाण पत्र को छाव प्रमाण करें।  (प्रमाण पत्र को छाव प्रमाण पत्र									
सहायता हेतु किये गये विनती का उप्पेह्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारों की गई प्रतिबंदन सूची संलगन  RE - Cafanact  LE - Cafanact  Sungery - RE SICS + PMMA  Assistance being availed for same "Purpose" from other sources इस उप्पेश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of Other Source अन्य संख्या  NAME of Other Source अन्य संख्या  अन्य संख्या  अन्य संख्या	(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Copy) अन्य आध वर्गे प्रमाण पत्र	șt)	(Attach Copy) তথ্যাবলা কার্ব		Basis/Proof		
अस्पताल/डॉक्टर से जारों को गई प्रतिबंदन सूची संलग्न  RE - Cataract  LE - Cataract  Sungery - RE SICS + PMMA  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वेत का नाम  RE - Cataract  RE - Cataract  RE - Cataract  PMMA  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से लिया गया हो?  Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेग महिसायता राली									
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वेत का नाम लिया स्वास तिर्मा सहायता रही	1.0.000	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारो की गई प्रतिबंदन सची संगान							
Sungery - RE SICS + PMMA  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वेत का नाम ली पई सहायता गरती									
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वांत का नाम लिया गर्थ सहायता रहांची लिया में सहायता रहांची									
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वांत का नाम लिया गर्थ सहायता रहांची लिया में सहायता रहांची		I E O Love I							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वेश का नाम ली गई सहायता राती		- CATOMOT							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वेश का नाम ली गई सहायता राती									
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वेश का नाम ली गई सहायता राती		Curro enu RETUTOS A DAMAN							
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  अन्य स्वांत का नाम  ली गई सहायता राशी		STATE OF STATE							
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  अन्य स्वांत का नाम  ली गई सहायता राशी			V						
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  अन्य स्वांत का नाम  ली गई सहायता राशी									
Sr. No NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कम संख्या अन्य स्थात का नाम ली पई सहायता राशी									
क्रम संख्या अन्य स्त्रीत का नाम ली गई सहायता राशी			The control of the control of the		पता किसा अन्य स्वात				
	1,000,000,000			CE					
1 DBCS 2000/-									

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चोषणा 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 assist liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Keshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such ass. 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 an for which this assistance is requested.
- में धोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार करने एवं सही है। चिंद कोई विवरण एवं कथन असाथ पापा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती हैं।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता राति "कॉतिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में यस गया है।
- मैं पुण्टि करता हूँ कि दिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न हो पविष्य 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.
- इस प्रपत्न पर अपने इत्लाक्षर या अंगठ की स्नाप लगाकर मैं (कार्यदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवास इस प्रथत में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्वासी, दान, बाचनाना दूसरे उर्दरम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले वा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (अरावेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और किवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेच्या के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान PushpadeVI

## AGREEMENT by HOSPITAL ( ERUNN DO WOLL)

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,

हमारं अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/योगी को "कोशिका फडान्देशन" से वितिय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न तो वर्तधान और न ही धविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान चा किसी अन्य स्वांत से उक्त रोगी/मायले में लॅंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिकारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आंशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/गामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लो गर्द सहायत केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गर्द सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाय रोगी एवं हस्पताल के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्याशल में संगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी क्रिम्स्ट्रिस प्रिक्टिस्थ (क्रिप्स

की होगो और "कोशिका"	की कोई भूमिका या जिल्लेशरी इस मामले में नहीं होगी।	4
	Dr. TANUJ GABA RECOMMENDED FOR ACC M.B.B.S., DNB स्वीकृती के लिए संस	
Date of Surgery - ऑप्रेशन की तारीख O2 (28/22	TimeDate	(Name, Designation & Stamp of Supported Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पत्रल अधिकृत अधिकारी
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	ATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 2 यामी हस्तक्षर ।