SRE - C-23-11-0434

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)			Koshika	
APPLICATION No.: SIO824 0440				APPLICATION DATE: 09-08-2024			Building block of life.	
NAME of APPLICANT :			AGE-YEARS आयु-		<u>-</u> वर्ष	SEX रिलंग		
STREET OF THE MY CLAUSING				49		M		
FATHER'S JEPOUSE'S NAME: Late My. Rasheed								
PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्लेपन अव्यासीय पता							PASTE PHOTO HERE	
Shame	1,5	mamely ofta	4	Pulad			Pull of Post of	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता							Purop Post of Gayyur (0440)	
	Sa	me as ab	eU					
OCCUPATION :		MARBIED (Palled			/ UNMARRIED (अविवाहित)			
चामसाय Labour				(Attach Proof of Ir (आय का साध्य स				
PAN No. स्पाई खाता संख	u MA							
ARE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE (	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / Mo र्हा / ्नर				
AND SHE SHE SHE DAY	CHEST ST.		AMILY	DETAILS THE				
Sr. No.	Na	Name of Family Member		Age (Years)		Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परिवार के सद्भयों का नाम Shokufavi			उम्र (वर्ष) प्रद		लंग	आवेदकु के साथ सम्बंध (A) रिटि	
(2)	M	Maria		23		WAY SAN	SON	
(3)	U	du	-	19		The Hot	Son	
					110	No. of London		
			+-		_			
			-					
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विनी	इडाइर्म ति आध	NCE (Tick which	over is	applicable)	v	
BPL Card	EWS Certificate	EWS Certificate		tion Co		Any Other		
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के मीचे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र		(Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड		3-4-5	Basis/Proof	
(प्रमाण पत्र भी सामा प्रति संतर्भ मरो।		(प्रमाण पत्र की साग्य प्रति संस्तन करे।			(प्रमाण पत्र की क्राया प्रति संलन्त करे।		अन्य कोई साध्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:								
				JESTING ASSIST १ये विनती का उद्दे				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached								
ऋत संख्या								
					_			
17.649		Diagnosis	-	RE-	P	SPLICE	phacic	
LE - Senier Cataract								
THE SECOND SECON								
Swigery - LE - SICS With P								
							With PMMA	
		ASSISTANCE BEING AVAILED	for SA	ME "PURPOSE"	from C	THER SOURCE	5	
	7.1	इस उद्देश्य के हेतू कोई उ	नय सह	ापता किसी अन्य स	बोत से	लिया गया हो?		
Sr. No.			RCE	AMOUNT of			FASSISTANCE BEING AVAILED ली. गई. सहायता राशी	
क्रम संख्य		अन्य स्थारा का नाम					An of reliant den	
	-							
	.I							

## DECLARATION by APPLICANT: MIRES SHI WHY THE

- 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.
- मैं फोशना करता है कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विकाश मेरी जानकारी के अनुसार मन्य एवं सही है। यदि कोई विवास एवं कथन असरय पाम जाता है तो मेरी महागता निस्स की ता सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो समायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जानेगा, जो इस प्रकृष में घर गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस मतरका हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांस का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य प्रोत: तियोजक/बीम कम्पनी से न को तिया है और न ही प्रविध्य में लेंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक क्रांग 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 प्रपट पर अपने इस्ताध्न या अंगठे की काप लगाकर, मैं (अलंदक) अपनी सहमति की दुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा गण, पता, परेटो और वो विकरण इस प्रपट में भोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/मा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों वो लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपट का विवरण मेरे इस्ताब के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहस्ता है कि मेरा गम, पता, कोरो और विकाण जो कि सहस्ता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहस्ता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोतिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरण के हाताक्षर क अंगूने का निज्ञान



## AGREEMENT by HOSPITAL (EPHINE IN BUT)

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:

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.
 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, हस्ताकृती की ओर से मामले/सेगी को "कॉशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्सताल) निम्न प्रकार से माना व स्वीकार करते है।

- 1) यह कि न तो नतंमन और न ही घरिष्य में निर्देश सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उस्त रोगो/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्तेशन" से सिफारिस/बिनीत उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्तेशन" हो प्रमुख्यात विनित्र आशिका/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गिर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायत लेने का अधिकार सुरक्षित स्वता है। इस पृष्टि में स्वत्य कता जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉशिका फाउन्डेरन" से लो गई सहायता कंचल कितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्मतान द्वार में गई सलाह या किये गये अपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं उत्पत्ताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेरान" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की नारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई मुश्कित या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वोकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09-08-2024 DE. SUNIL VERMA

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तासर व रॉब. न. ARNAB MODAK ADMINISTRATOR

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर हम्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

live