APPL		RM FOR ASSISTANCE आवेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)		Koshika		
APPLICATION No. :	Alonga		APPLICATION DATE : असंदेन विधी	24/08/2022	Building block of life		
NAME of APPLICANT	1719833	1.0.7.00	AGE-YEARS ST	यु-वर्ष SEX लिंग	AN EN		
Marca का नाम Gan Pat			77	M			
FATHER SISPOUSE'S N	AME:						
पताकदुम्य का नाम	So	PRESENT RESIDENCE ADDRES	e when smerth us	7	With the second		
village-Lal.	i meen		Ha Teh - D	nalakhera			
Dist - Alwa	r Raja	Sthan - 301406 RMANENT RESIDENCE ADDRES	ss : स्थाई आकामीय पता		Proof Postop		
		As ghove			6468 Granfat		
	/			T 1			
OCCUPATION:	armer			[100 Y. O. S. S. S. S. A. S. (10)]	हेल) / UNMARRIED (अविवासित)		
rotal annual incom मूल वार्षिक आय	52,00	50) - (family))	(Attach Proof o (आय का सास्य	fincome) संलग्न) NA		
PAN No. TRIS BIRTH WE	M V/A	Tick whichever is applicable):	Yes VN	6			
ध्या आप आय कर दाता	(जो मान्य हो उस	। पर सही का निशान लगाय।	हां (न	हो /			
		ne of Family Member	AMILY DETAILS परिवा Age (Years)	Gender Gender	Relation with Applicant		
Sr. No. क्रम संख्या	भवत	ar के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	आनेदक के साथ सम्बध		
4	7	Ratri	70	F	Wife		
0	106		35	F	Danghter-Ph-late		
	Santra				(nrandson		
3	-	Lokeh	(3)	M			
4.		Hankesh	15	Ч	(nrandson		
	-		+				
		BASIS for REQUESTING A सहायतः के लिये विन	SSISTANCE (Tick whic ति आधार	hever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संगण्न	(A 3	Ration Card Attach Copy) पर्भोक्ता कार्ड को सामा प्रति संसम्प करें।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य		
			or REQUESTING ASSIS [किये यथे विनती का उर				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची गंलान						
(D)	Diagnosis RE-PSC						
		LF - 101	AL SENIL	E CATAREX			
(3)	Surgery - LE - SICS WITH PMMA						
	1 572° 2	1 A10 S		7 HISTAR A			
		A SECURITY COMPANY OF THE PARTY	D for CAME appropriate	Them OTUED COUR	oces		
		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SAME "PURPOSE अन्य सहायता किसी अन्य	स्थोत से लिया गया हो	?		
		Seal Selfore at the last same					
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOU अन्य स्थोत का नाम	RCE		T of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
	Nin	NAME of OTHER SOU	RCE		T of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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 relimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) में पोषण कात है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी आनकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विकरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहत्यता निरत्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गाँश "कॉशिका फाउन्डेशन", से शी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सहापता हेतु यह प्रार्थण की गई है, उस राशि का अतिशक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोटिंगियोक्क/बीच कम्पनी से न तो लिया है और न ही पश्चिम में लुँगा।

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 प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगडे की क्षय 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 प्रयत्न में फोबित है, उसे "कोशिका" एवम् म्यासी, रान, वासकाया दूसरे उद्देश्य से नुद्री मतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी मी प्रसार याध्याम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (अवंदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकरार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताक्ष्म प्रा अंगुरे का निस्तन

AGREEMENT by HOSPITAL (# स्पापस क्राप 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

हमारे आंधजूत, इस्ताक्षारे की ओर से मामसे रोगी को "कॉशिका फाउन्हेंकन" से सितिय सहायत हेतू सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से घन्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भाषिण्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्हेंशन"

से शिमगरिश/वितित उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्हेंशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्हेंशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वयंद कहा बाता है कि अस्पताल दिलीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता कंवल वितिय प्रकृति की है। ऐंगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल से योग का विवय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में येगी के इलाव सुरक्षों और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या जिम्मेदारी इस म्हमले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए	र संस्तृति		
Date of Surgery ऑपोसन की सरीख 25 06 22	Dr. WAFIANSARI MS (OPHTHAL) (NaRed DN& ROMNO/9 (प्राप्त प्रमुख्य) वाकरों का नाम न इस्ताक्षर न र्रीच. न	CHARAN MASSET Administrator (Name Designation & Statistical Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पतास अधिकृत अधिकारी		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	DUNDATION आनारिक उपयोग हेत्		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2		
5	fugel	lite		