APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेत् आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थय देखचाल)

Koshika

	W. 1 (20 5)	8 N 2018 1000 N				roundation	
APPLICATION No.: आयेदन संख्या ।	S10824/0506		APP1	APPLICATION DATE : २२-०४ -२ द्रुप आयेपन तिसी		Building black of life.	
NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS आगु-अर्थ	SEX firm		
Mer Asageri				65	F_		
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्प का नाम	AME:	ate Mr. 7	Ran	yani [°]			
house	00 11	PRESENT RESIDENCE ADD	RESS TR	मिन आवासीय पता र 400 के कि पत्र	aleisi	PASTE PHOTO HERE	
Khand	I, H	And the same of th	ahic	Linkeine	deposition of	Per op Post op Asagri (0506)	
Holdlein Har Kuladech 1247001 Acgani (ACAC)							
	Pi	ERMANENT RESIDENCE ADD	RESS: 74	गई आवासीय पता		11200	
	5	ami as a	60UC				
OCCUPATION: HOME Makes					MARRIED (विवासित) / UNMARRIED (अविवासित)		
TOTAL ANNUAL INCOM जुल वार्षिक आग	45	,000 / Fam	ily	Income!	ittach Proof of Ir आप का साह्य स	noome) MA	
PAN No. रशाई खाला संख							
THE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE ('सो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable) स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No			
			FAMILY	DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No.		me of Family Member		F#C. 100 CO. 1	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या रन \	परिवार के सदस्यों का नाम निवार पाता		\rightarrow	उम्र (वर्ग) •) ट्रा	लिंग अ	आवंद्रक के माथ सम्बंध	
1971	Anual		_	57 1		Son	
(-)							
			_			W- W- W	
			+				
	-						
		BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये			soplicable)		
SPL Card EWS Certificate				Ration C	Ration Card Any Other		
(Attach Card Copy)		(Attach Certificate Copy)		(Attach Copy)		Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आप धर्म प्रयाण पत्र (प्रमाण पत्र को कामा प्रति संस्तन करे।		उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संसार करे।		अन्य भोई साध्य	
(प्रमाण पत्र को छापा प्रति संतर्भ करेर (प्रमाण पत्र का छापा प्रात सर्दार्भ करेर (प्रमाण पत्र का छापा प्रात सर्दार्भ करे							
				UESTING ASSISTANCE: गये विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached							
क्रम संख्या							
		1 0	è		0		
20 551	N. Alfred	Diagnos	LK -	- KE - 5	chile	Cataract	
specific de Contraction de Contracti							
1.00	V 113			10-5	chile	CARCHICE	
Storgery - RE - STCS With PMMA							
		- 0					
	L.———						
		ASSISTANCE BEING AVAI	LED for SA ई अन्य सह	AME "PURPOSE" from (गयता किसी अन्य खोत से	THER SOURCE लिया गया हो?	S	
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of		ASSISTANCE BEING AVAILED	
ऋभ संख्या		अस्य स्थात का	नाम			ली गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वारा थोपण 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.
- 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) में पोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवाल एवं कथन असला पाण जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायता गाँत "कांशिका फाउन्होंन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जातेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहस्रता हेतु कर प्रार्थना की नई है, उस राशि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोळनियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पांचमा में खुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (अस्पेश्व 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 इस्ताक्षर या अगते की काप सम्प्रकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उससे न्यासीयों " को अधिवृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विकास इस प्रपत्र में मोषित है, उसे "कोशिका" एक्स् न्यासी, दान, यावना/या दूसरे टद्देश्य में बुढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार पाध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिवृत है। मेरे प्रपत्र का विवास मेरे इसाज के पहले या काद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिवृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवस्ण जो कि सहायता के उद्देश्यों से आर्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसको न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आयेरक के हरताशर या अंगुडे का निशान



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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को आर से जामलेखोगों को "कोशिका काउन्देशन" से बितिय स्हागता हेतु सिफारिश की जाती हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्म प्रकार से पान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्णस्थन और न ही भविष्य में बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लोगे या ले खे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिफारिफ/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" हात गरद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" हात सहायता विनीत आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किसा जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर संस्था या किसी अन्य सम्माधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित एकता है। इस पृष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल हिताय गरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का लुनाय रोगी प्रवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाले की सारी विस्पोदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई थूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख री री नुष्ठ रहे रहे रहे

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

Dr. Monika Jasrotia

PMC No.-5208 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तासर व र्राच, न.

ARNAB MODAK ADMINISTRATOR SCEH SAHARANPUR

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ৰ पर हम्पताल अधिकत अधिकारों

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताधर 2

11-04-2024