APP		ORM FOR ASSISTANC हेतू आवेदन प्रारूप	E (Health (स्वास्थ्य		)	Koshika
APPLICATION No.: APPLICATION DATE: 06-र असर्वरन संसाया : मि ०७७३ औरवरन सियी					7-2023	Building black of life.
NAME of APPLICANT	AGE-YEARS SHE	'EARS आयु-वर्ष SEX लिंग		The state of		
आनेदक का नाम	75	- 2	M			
FATHER'S/SPOUSE'S पित/कटुम्भ का नाग	NAME:	v Singh shom Singh				一个
Wilage- Ad	haiya Kh	PRESENT RESIDENCE ADDR	ess वतुमान आवासाय पत्ता भयभविभिन्न गो	St.	Dhanat.	The state of the s
pust . Re	195than-					preop Postop 0507 Ohravsingh
	3 0.7	PERMANENT RESIDENCE ADDRI		-		1507
						Dhruv Singh
OCCUPATION : व्यवसाय Farmer MARRIED (विवा						f) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOM কুল বার্ষিক आय	7	(Attach Proof of Income) (अग्रय का साक्ष्य संलग्न) MA				
PAN No. स्थाई खाता सं		O Santa Aure of Communication				
ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE है (जो मान्य हो :	(Tick whichever is applicable): उस पर सही का निशान लगाये।	Yes /No हां / नह	7		Tewester intern
			FAMILY DETAILS परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	प	ame of Family Member रिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)		ender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
	1					
1.		<u> </u>	-	-		
		OF USERT DE				
	1					
		THE RESERVE				0 13,2
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	ASSISTANCE (Tick whiche ति आधार	ver is ap	pplicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न	Rat (Atta	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
April 17	ne selbe h		or REQUESTING ASSISTA दुकिये गये विनती का उद्देश			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न					
	CE - SENTIE CHIERRALI  CE - SENTIE CHIERRALI					
		U 3	DIATE (1)	ID RI	1(1	
	ELUCIO A MONTE PER PARCIA CONTRACTOR DE CONT					
2	Surgery - LE- SICS WITH PMMA					
		Vazinen stant	2400		or caulty	500
		ACCICTANCE DENIS MAN TO	A CAMP UNITED TO		en entre	
			नन्य सहायता किसी अन्य स्त्र <u>ो</u>	om OTH व से लि	या गया हो?	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम		RCE			ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	Mill					

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदन क्या भोपणा 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.
- में भोषणा करता है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुशार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य गाया जाता है के 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 भग गया है।
- 3) में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन को गई है, इस सहित का आँशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोर/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पीषण 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगडे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोडो और जो विवरण इस प्रपत्न में बोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, फाचना/पा दूसरे उन्देशन से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेटक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहस्यता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय और बाच्याकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



## AGREEMENT by HOSPITAL (東映版帝 實可 等可)

By affixing bereunder, 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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की जोर से मामले.योगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की नाती है, जिसे हम (हस्स्तात) निम्न प्रकार से यान्य व स्तोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन"
से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा सहायता विनित आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य में काशिका काज से सामक्ष्य या किसी अन्य सम्यापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्तित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदश उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कांशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता कंकल चितिय प्रकृति को है। ग्रेगी पर इस्पताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपचारप्रिक्रिया का चुनाव ग्रेगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कांशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षव नहीं है। इसलिये इस्पताल में ग्रेगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिस्मेगारी ग्रेगी एवं इस्पताल की होगी और "कांशिका" की कोई प्रमिका या जिस्मेगारी हैस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तृति

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख Dr. Mohd. Rameez Reza M.B.B.S. M.S. Ophinalmology FICO (UK) (Name of Dr. 4 fless, No. 2 th, Stamp) CHARAN MASSEY Administrator

(Bland Desification & Strong MAhariged Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्यताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक ठपयोग होत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

Sufungel

lit