VAN-C-22-08-0599

RABLE OF APPLICANT: ROSMAN Lal GENERAL AGENERAL	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभात)						Koshika foundation	
RABBET PROTO HERE PASTE PHOTO PASTE PASTE PHOTO HERE PAST	APPLICATION No.: \/ /0822 / 0519			APP आवेर	APPLICATION DATE : 16 विश्व / २२		Building block of life.	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS RIGHT SWINTER TO THE POOT OF PASTE PHOTO MERE PASTE PHOTO PASTE PHOTO MERE PASTE PHOTO PASTE PHOTO MERE PASTE PHOTO MERE PASTE PHOTO PASTE PASTE PHOTO PASTE PASTE PHOTO PASTE PASTE PHOTO PASTE PHOT	NAME OF APPLICANT: Roshan Lal				10			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Red SITURITY पता OCCUPATION: SOME AD ABOUTE OCCUPATION: UNE MALE OF ADDRESS: Red SITURITY पता (Allach Proof of Income) (Allach Proof of In		MANE: Chi				19.		
SAME AS ADMILE SAME AS ADMILE SAME AS ADMILE COCCUPATION: WARRIED (अपियामिल) (Attach Proof of Income) (Attach Rate) St. NO. Name of Family Member FAMILY DETAILS TURNE (BETT) Relation with Applicant FAMILY DETAILS TURNE (BETT) Relation with Applicant (Relation with Applicant (Relation with Applicant) (Nathai	ılı, Adu	PRESENT RESIDENCE ADDR	ESS T	तमान आवासाय पता कार्या () - P	281006	Pure of Pastop	
OCCUPATION: Une mode of the come of the c							(0519) Roshan Lal	
प्रविचार प्रतिचित्र प्राप्त प्रविचार प्रविचार प्रविचार प्रविचार प्रविचार प्रविचार प्रविचार विचार वाला प्रविचार वाला प्रविचार विचार वाला वाला वाला वाला वाला वाला वाला वा			some as	2.50	ve			
TOTAL ANNUAL INCOME		unen	nbloyed			MARRIED (TOTAL)	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE [Tick whichever is applicable): अना आप का राता है (जो माना हो उस पर सही का निशान लगाये। अह (Years) अ	TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	ME: 45		nil	4)	(Attach Proof of (आय का साक्ष्य	Income) संतम्न) NA	
हमा आप आप कर राता है (जो मान हो उस पर सही का निशान हमायों FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant जम संख्या परिवार के सरस्यों का मान रिवर्ण (भर्ग) विशेष Relation with Applicant रिवर में स्था संख्या परिवार के सरस्यों का मान रिवर में स्था संख्या रिवर में संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में स्था संख्या रिवर में संख्या			Tick whichever is applicable):		Yes / No	0		
Sr. No. Name of Family Member परिवार के उदस्यों को जाम परिवार के अपने	क्या आप आय कर दाला	है (जो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।		हां/ न	ही 📗		
क्रम संख्या चीरवार के सहस्यों का नाम उस (वर्ष) लिंग आगेरक के साथ सम्बन्ध			75 N. M	FAMIL		NAME OF TAXABLE PARTY.	Relation with Applicant	
A Kerhav 38 M SOM Some Devi 37 F Daughter in Ladu Gren Devi 37 F Daughter in Ladu Gren Devi 38 F F Daughter in Ladu Gren Devi 49 F F Daughter in Ladu BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Fick whichever is applicable) Retical Report Gren Course of the Basis Proof Set 30 and and young to devel and in the state of the Sasis Proof Set 30 and and young the state of the Sasis Proof Set 30 and and young the state of the Sasis Proof Set 30 and and young the state of the Sasis Proof Set 30 and and young the state of the Sasis Proof Set 30 and and young the state of the Sasis Proof Set 30 and and young the state of the Sasis Proof Set 30 and and young the state of the Sasis Proof Set 30 and and young the state of the Sasis Proof Set 30 and and young the state of the Sasis Proof Set 30 and and young the state of the Sasis Proof Set 30 and and young the state of the Sasis Proof Set 30 and young the state of the Sasis Proof Set 30 and young the state of the Sasis Proof Set 30 and young the state of the Sasis Proof Set 30 and young the state of the Sasis Proof Set 30 and young the Sasis Proof Set 30						100 Table 100 Ta		
3 - Samu Devi 3 - F Daughten in Law प क्रिक्रों के प्रिक्त के किये कियो कियो अध्या (Attach Card Copy) मरीबी रेख के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथा की साथा की साथा को साथा को साथा की		Lali			Late	E	Wife	
3 - Samu Devi 3 - F Daughten in Law प क्रिक्रों के प्रिक्त के किये कियो कियो अध्या (Attach Card Copy) मरीबी रेख के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथा की साथा की साथा को साथा को साथा की		Parket		-	4) 0	Ad	e on	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये पिनति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खाया प्रति संस्थन करे। FURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को खाया प्रति संस्थन करे। FURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: REGION हेत्र के तीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खाया प्रति संस्थन करे। FURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: REGION हेत्र के तीचे प्रमाण पत्र को खाया प्रति संस्थन करे। FURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: REGION के प्रमाण पत्र को खाया प्रति संस्थन करे। FURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: REGION के प्रतिचेत्र मुखी संस्थन Medical Reports/Prescriptions Attached अस्यताल/बीक्टर से जारों की गई धिनसेय मुखी संस्थन RE - Semile Catanact Sungeny - EE STEST PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत्र को अन्य सहस्या किसी अन्य स्वतंत्र से लिया गया जी? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	9.	Kesmu			30	201		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को शाम प्रति प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को शाम प्रति संसार करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनाती का उर्दरेगः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अम्पताल/कार्यः से जारी की गई प्रतिचल मुची संसान RE — Semile Catanact Assistance Being Availed for Same "PURPOSE" from Other Sources इस उर्दर्ग के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रों से लिया गया हो? Sr. No. NAME of Other Source AMOUNT of Assistance Being Availed	3.	Somu Devi		-	37	F	Daughter in law	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) REFL Card (Attach Card Copy) परीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साम प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साम प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साम प्रक की साम प	ч.	13.3.	Bishika		14	F	Unnand Daughten	
Reflect विनित्त आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पड़ (अमाण पड़ को आपा प्रति संसम्न करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता है किये गये विनित्त को उद्देश्यः Sr. No. Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अभ्यताल/डॉक्टर से आरी की गई प्रतिबंदन सुनी संसम्न AE — Senile Catanact Assistance Being Availed for Same "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य करेता से लिया गया हो? Sr. No. Assistance Being Availed for Same "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य करेता से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	<u>S</u> .	Gravi		+	12	F	19 17	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ग्रामा प्रति संस्थन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये ग्रामे विनती का उर्देश्यः Sr. No. क्रम संख्या Any Other Basis/Proof अन्य कोई साह्य "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये ग्रामे विनती का उर्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिचेदन सूची संस्थन AFE - Septile Cataliaact Sungery (EF) SICS+ PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांक से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE ANYOTHER SOURCE ANYOTHER SOURCES		.	BASIS for REQUESTING	ASSIST	ANCE (Tick which	never is applicable)		
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उर्देश्यः Sr. No. क्रम संख्या AE - Senile Catanart LE - Senile Catanart ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य सहाय की साथा को? Sr. No. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य सहाय की हिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	- 2.76163		सहायता का ग्लाम 19	भाग आ			1	
सहस्वता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतियेदन सुची संलान AE — Semile Catanact LE — Semile Catanact Sungery — (E) SICS+ PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहस्वता किसी अन्य स्वति से लिया गया डो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Cop अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र	(Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र		ttach Copy) भोकता काई	Basis/Proof	
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग ME - Semile Catanact LE - Semile Catanact Sungeny - LE SICS + PMMA Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोता से लिया गया हो? Sr. No. Name of other source AMOUNT of Assistance being availed	THE STATE OF THE S							
अस्पतालण्डांच्य से जारी की गई प्रतिचेदन सूची संलग RE - Semile Catanact LE - Semile Catanact Sungery - (E) SICS+ PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वतः से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	C. N.							
Sungery (E) SICS+ PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वात में लिया गया हो? Sr. No. NAME OF OTHER SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED	A		अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सुची संलग्न					
Sungery (E) SICS + PMMA 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 AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			RE- Semile Cataract					
Sungery (E) SICS + PMMA 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 AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED								
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 AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	LE- Semile Catariact							
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 AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED								
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 AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		+				21770	and the second s	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		Surgery- (LE) SICS+ PMMA						
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		-		4				
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	17.4							
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED								
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेतू कोई	ED for S अन्य स	AME "PURPOSE" हायता किसी अन्य	' from OTHER SOUR(स्वीत से लिया गया हो?	ES:	
	Sr. No. क्रम संख्या							

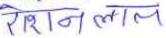
DECLARATION by APPLICANT: आवेदफ हारा चीपणा पत्र:

- 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 assists.
- 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 assists
- 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 amount
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विकास मेरी आनकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विकास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहाधता निरस्त की जा सकती है। for which this assistance is requested.
- मेरे द्वारा जो सहापता गरिंश "कॉशिकर फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रक्रप में परा गया है। वें पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेंदु यह प्रार्थन की गई है, इस गाँत का आरिक या सकत हिस्सा किसी अन्य म्रोठ/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय 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"
- 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 प्रत्य पर अपने इस्ताक्ष्य या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आबेट्क) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को ऑपकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम
- में प्रमारित करने के लिए ऑधकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पडले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी ऑधकृत है।
- 2) मैं (अवदेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहस्थता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहस्थत का हकदार नहीं बचाता। इस सम्बंध में "कांशिका" एवम् उसके व्यासियों का निर्णय ऑप्टम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



AGREEMENT by HOSPITAL (कामला कृत 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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामल्डेरोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहत्यता हेतु सिफारिश की खती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं। यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लॅंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन से सहापता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर्द उक्त रोगो/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेंशन" से लो गर्व ससम्बत्त क्षेत्रल वितिय प्रकृति को है। सेगी पर हस्यकल द्वारा दी गई सलाह या किये गर्व उपवार/प्रक्रिया का चुनाव सेगी एवं हस्सुप्रस के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये डस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी **प्रिका**र्श की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्णिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

DR. SACHIN SHARMA

DR. Sico OphthalmologRecor

DR. SACTITUDE OPHTHAM COORDECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इत्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रचि न.

> FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्तक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Administrator