APPLICATION No.: 7/11/0529 APPLICATION DATE: अग्रवंदन तिथा 31/021 NAME of APPLICANT: Surcey fed	APPI		DRM FOR ASSISTANCI तू आवेदन प्रारूप	The state of the s	althcare वय देखाभार	Contract of the Contract of th	Kosh	ika	
MANG APPLICANT: Survey pad AGE-YEARS अप- का क्या Brathers Sprouse Name: Brup Singh PRESENT RESIDENCE ADDRESS: प्रकार अव्यक्तीय पत्र DIAH AUGUSH LIP 202124 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: प्रकार अव्यक्तीय पत्र DIAH AUGUSH LIP 202124 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: प्रकार अव्यक्तीय पत्र C529) Survey CCCUPATION: Vocation Vocat		APPLICATION DATE:							
TATHERS SPOUSE SINAME: BLUE SINGH PRESENT RESIDENCE ADDRESS प्राप्तिन आमार्थीय पृश्च PRESENT RESIDENCE ADDRESS प्राप्तिन आमार्थीय पृश्च PRESENT RESIDENCE ADDRESS प्रयोग आमार्थीय पृश्च PRESENT RESIDENCE ADDRESS: रखो आमार्थीय पृश्च PRESENT RESIDENCE ADDRESS: रखो आमार्थीय पृश्च PRESENT RESIDENCE ADDRESS: रखो आमार्थीय प्राप्त	TWO MESON CONTROL TO THE PARTY OF THE PARTY			AGE-YEARS	आयु-वर्ष		633	CON.	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS पर्णांका आवारीय पक्ष 339, Haxau tha Hazau tha Hazau tha Proof Por Pr				6	8	M	-	- Ca	
Diat. August Parautha, Harautha, Frab Parautha, Diat. August Parautha, Prop. Parautha, Diat. August Parautha, D		NAME:	Bhup Singh					1	
DIAH. ALIGANA U.I. D. 202124 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रखोर आधानीय पा। SAME AL CLARVE SAME AL CLARVE (Attach Proof of Income) (Attach Card (Attach Card (Attach Card Copy) (Attach Card (Att	339.	Harou	PRESENT RESIDENCE ADDRI	ESS अर्तमान आवासीय	var	la o			
OCCUPATION:			The state of the s	,		,	Preop	Postop	
OCCUPATION:	N. I.A.	p	EMANENT RESIDENCE ADDRE	ESS : स्थाई आवासीय '	9111		(0529) Sw	ladial	
कर्षनिवाद (अपने वाहिन) / DIMARRIED (अपने वाह			Same al o	Love				regrey	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आप (Attach Proof of Income) (अया का साहब सिल्म) ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप आप कर स्वता है (जो मान्य हो उस पर सती का निवान लागवे। बात आप आप आप कर स्वता है (जो मान्य हो उस पर सती का निवान लागवे। Sr. No. Name of Family Member FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Gender Relation with Application FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Gender Relation with Application FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Gender Relation with Application FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Gender Relation with Application FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Gender Relation with Application FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Gender Relation with Application Family Age (Years) Gender Age (Years) Gender Relation with Application Family Age (Years) Gender Age (Years) Gender Relation with Application Family Age (Years) Gender Family Age (Years) Gender Relation with Application Family Age (Years) Gender Relation Relation Family Age (Years) Gender Family Age (Years) Gender Family Age (Years) Gender Rel		Uhe	mbloyed		MA	patien (विवारि	। লৈ) / UNMARRIED (अविव	ਰਿਗ)	
PAN No. रहाई हाडा गंडा । PARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): अवस्थ अप अप अप कर रहा है (जो आन हो तर ए सही का निशान लागाये) FAMILY DETAILS परिवार विवरण FAMILY DETAILS परिवार विवरण FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Application of the side of	TOTAL ANNUAL INCOM	ME: /	U -	ranily)	(A	ttach Proof of	Income)	20.080	
क्या आप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सारी का निशान लागाये। St. No. St. No. Name of Family Member परिवार के सहरयों का नाग Age (Years) St. (यर्ष) Equity St. (यार्ष) Equity St. (यार्ष) Equity St. (यार्ष) Equity	PAN No. स्थाई खाला संस	Bu	1	(July)		काय का साह्य	Here) NA		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण St. No. Name of Family Member परिवार के सरस्यों का नाम 2 DI Wan 3 Sawith 4 Format 4 Format 5 M Scon 5 M Scon 6 S M Scon 7 Daughten 6 S M Scon 8 Sawith 4 Format 4 Format 5 M Scon 6 S M Scon 7 Daughten 7 Daughten 7 Daughten 7 Daughten 8 Scon 8 Sawith 6 S M Scon 8 Sawith 8 Scon 8 Sawith 8 Sayi and Say	ARE YOU AN INCOME ! क्या आप आय कर दाता !	TAX ASSESSEE (है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): य पर सही का निशान लगाये।						
क्रम संख्या पारेवार के सरदर्भों का नाम उन्न (वर्ष) दिलंग कारोरफ के साथ सम्ब मान कि	6-10-								
2 DIWAN 3 SANITY 4 F Daughten 3 SANITY 4 F Daughten 3 SANITY 5 PARTIES OF REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) RESISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES *** अप्राद्धा के मीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आपा प्रति संसान करें। **** PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE **** Busins Froot **** Sc. No. **** Busins Froot **** Sanital की की मार्ग विनती का उद्देश्य: **** Medical Reports/Prescriptions Attached **** अस्पराद्धा कर में की की मार्ग विनती का उद्देश्य: **** Medical Reports/Prescriptions Attached **** अस्पराद्धा कर में की की मार्ग अतिवेदन सुधी संसान **** RECORD CATACAT **** ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES **** अप्रदेश्य के हेत् कोई अन्य सहाम्रा किसी अन्य सहाम्र से तिस्ता गमा हो? ***** NAME of OTHER SOURCE ***** AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ***********************************		परि	वार के सदस्यों वा। नाम	उम्र (वर्ष)		The state of the s	आवेदक के साथ सम्बध		
3 Savity 34 F Daughten in Action of Scenario and Scenari				65		F	Wife		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) REVIOUR के किया किया किया किया किया किया किया किया	2	Diwan		35		M	Son		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहाग्रता के लिये विज्ञित आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीजी रेखा के जीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की अपा प्रति संलान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायामा जेतु किये गर्म विज्ञात को अपा अति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायामा जेतु किये गर्म विज्ञात को अपा अति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायामा जेतु किये गर्म विज्ञात को अपा अति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायामा जेतु किये गर्म विज्ञात को अर्थ अर्थ प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायामा जेतु किये गर्म विज्ञात को अर्थ प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायामा जेतु किये गर्म विज्ञात को अर्थ प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायामा जेतु किये गर्म प्रति को अर्थ प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायामा जेतु किये गर्म प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायामा जेतु किये गर्म प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE अर्थ संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (अर्थ प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE अर्थ संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE "AND ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" for OTHER SOURCES "REGET ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" for OTHER SOURCES "REGET ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" for OTHER SOURCES "REGET ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" for OTHER SOURCES "REGET ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" for OTHER SOURCES "REGET ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" for OTHER SOURCES "REGET ASSISTANCE BEING AVAILED for SA	3	Sowith		34		F	Daughto	on in law	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवित आधार BPL Card (Attach Card Copy) परीजी रेखा के नीवे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हो किये गये विवित्त कार्या अर्थ अर्थि संलान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता होते किये गये विवती का उद्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतालहाडीकर से जारी की गई प्रतियंदन सूची संलान KE — Script Catalact LE — Script Catalact ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अर्थ कतें से विवाद गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	4	Form	tap	1.0		M	larand.	Son	
सहायता के लिये विनित्त आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता छेत्र कि गर्म कि निर्माण का अस्य मंद्र मान्य कि निर्माण का उर्दरण: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्याल्डांकरर से जारी की गई प्रविदेश सुवी संसान RE — Scrile Catarat Any Other Basis/Proof अन्य कोई साह्य "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता छेत्र कि गर्म प्रविदेश सुवी संसान RE — Scrile Catarat Assistance Being Availed for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य स्वायता किसी अन्य खोता से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	5	No	veen	0.8	-	M	11	[1	
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र की छापा पत्र की छापा प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र की छापा पत्र के छापा पत्र की छापा पत्र के छ			BASIS for REQUESTING A सहागता के लिये चिन	SSISTANCE (Tick wh	ichever is	applićable)			
सहायमा हेतु किये गये कियों का उद्देश्यः Sr. No. Sr. No. Sr. No. Sr. Wedical Reports/Prescriptions Attached अस्यताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संसान RE — Scrile Cataract LE — Scrile Cataract Surgery — (E) SICC+TO(ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोता से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	(Attach Card Copy) (Attach Cer गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय		(Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र	y) (Attach C उपभोक्ताः		py) Tổ	Basis/P	Basis/Proof	
अस्पतालग्रांबर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संग्रान RE - Scrile Catagract LE - Scrile Catagract Sungery - (E) STCC+TO(ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED									
RE- Service Cataract LE- Service Cataract Surgery - (E) STCS + TO(ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत में लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED									
Surgery CE STCC+TO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के होतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	क्रम् संदया -								
Surgery CE STCC+TO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत 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 स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		SUMIE SATOURALL							
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		Surgery - (LE) SICS + IO							
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			0-0		Salistan Maria	W .			
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत 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							ES		
		Sr. No. NAME of OTHER SOURCE						AILED	
DBCS		Dace		CAT	21-	5			
						1			

DECLARATION by APPLICANT: अरावेदक 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 reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका अपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का लांगिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोतः/नियोजक/बीमा कन्यनी में न तो लिया है और न ही पविषय में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (असमेरक 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 हस्ताक्षर या अंग्रटे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पग्रउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वां विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याच्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के महले या बाद में करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के महले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउउँसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आलंदक) इस बात से सहयत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस लम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताक्षर या अंगुते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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

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 की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु किफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व ज्वोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भीवध्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंगन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंगन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंगन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्सुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसो अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्थल्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मागले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केथल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मिक्सी पानी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Administrator स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery SACHIN SHARMA ऑपरेशन की तारीख MBBS, DNB, Fice Ophthalmology (Name, Designation & Stemp of Authorities Signatory (Name of Dr. & Regn. No. With Spanis) 183 on behalf of Hospital) हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. म. नाम व पद हस्पताल अधिकत अधिकारी आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

THE ETHINGT !