APPL	E	(Healtho (स्वास्थय दे			Koshika				
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	A108241	0570	आवेदन			8-14	Building	block of life.	
NAME of APPLICANT:				AGE-YEARS STIT		SEX लिंग	*	1	
आवेदक का नाम ज्या ज्या ज्या ज्या ज्या ज्या ज्या ज्या				71		m	1	WO.	
FATHER SISPOUSE'S पिताम्बदुम्प का नाम	NAME: CAMI	, ,	DESS WA	यान आकार्योग पता					
Village - B		ch - Ralgar		DIST- AL	lug	r	0.00	0 10	
O Roja	OSthan 301	NENT RESIDENCE ADDR	RESS : स्थ	ई आवासीय पता			Preop	Postop	
				- 3					
occupation: व्यवसाय नियाना हरू				MARRIED (Perif			हत) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	ME: SOUDO!				(A	mach Proof of आय का साक्ष्य	Income) संलग्न) // Å		
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दाता	841 NA	whichever is applicable): सही का निशान लगाये।		Yes / अ जि हाँ / निही)				
Aug.			FAMILY	DETAILS परिवार	विथरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of परिवार व	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) উম্ন (বৰ্ণ)		Gender Relatio सिंग आनेद		with Applicant के साथ सम्बंध	
× 1.	Pappu		-	35		m	Son		
8.	kauita		2	3.2			Traughter him		
	Dipas	Dijashu		10		7	Crokand Joh		
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये र्	ASSISTA	NCE (Tick whiche	ver is	applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाथा प्रति संलग्ध			py)	Ration Card (Attach Copy) তথ্যাবলা কার্ট			Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य		
				L JESTING ASSISTA ार्थ विनती का उर्दर		8		-	
Sr. No. ग्रहम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संतरन								
	Diggous RE - Sente Cataralt								
	LE - Senle ataract								
	Control of the contro								
	Surgery - LE- SLCS WITH PMMA						2.5814		
	110	184.0			11/7	HO N	Confe		
	A	ssistance Being Avait इस उद्देश्य के हेत् को	LED for SA ई अन्य साम	ME "PURPOSE" । यता किसी अन्य स्थ	from C होत से	THER SOUR	CES		
Sr. No. क्रम संख्या		OURCE गम				f of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी			
	NUT							7 (0)	

DECLARATION by APPLICANT: आवंदक द्वारा घोषणा पत्र:

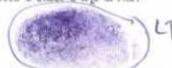
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई किवरण एवं कथन असस्य प्रया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गरित "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करत हूँ कि जिस सतायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रीश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रोक/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही पांचन्य में लेंगा।

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 प्रश्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगर्ट की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमात को पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाइंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में शीवत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, यान, याचना/या दूसरे उन्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रशार माध्यंप से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका पाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, फा, कोटो और विकाण जो कि सहायता के उट्टेश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगूडे का निजान



AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमणाल क्या 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 in the matter.

हमारं अध्यक्त, हस्ताक्ष्मी की ओर से मामलेगोगी को "कोशिका फाउन्होंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उस्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन"

से सिफारिश/विनति उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा सहायता विनति अशिकासकल हेतु मन्दुर नहीं किया जात है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्गक्षत रखता है। इस पूर्णि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उनत रोगी/मामले हेतु किसी

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

2. "कोशिका काउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल बिविय प्रकृति की है। रोगी पर हस्थताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल

के बोब का विषय है और "कोशिका फाठ-डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की आरो जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी/इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** Dr. Mohd. Rameez Reza YOGESH YADAV ऑपरेशन की तारीख M.B.B.S. M.S. Ophthalmology 28/08/24 Asgistan Dadgninistra to amp of Authorised Signatory (Name of Dr. & REJC Qu(UK) Stamp) Dr. Shroff's Charity Py भारतिका Haspital) Regulos DMC RAL2598 4 आन्तरिक उपयोग हेर्नु FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताधर । न्यासी हस्ताधर ?