	SRE -	e -24-	- 10 -	0286	
7.5.151112.1123.0000.000	TION FORM FOR ASSISTANC ायता हेत् आवेदन प्रारूप		Healthcare) वास्थय देखभार		Koshika
APPLICATION No.:	1024/0629	आवदन तिथा	DATE: 05-	10-2024	Building block of life.
NAME of APPLICANT :	48. Shimla		ARS SIIT-EN	SEX TRIT	3 73
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्प का नाम	hate My		ush Cl	nand	
Ayea Local City Shikhew Schananfun	ity Scotor, monal	la teleuri F: Sahar Ih. fince	a Villa	P.O. 1	Pui of Post of Shimla (0629)
	same as abo	ve.			3.79
OCCUPATION:	one Maker				/ UNMARRIED (अनिवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आप PAN No. स्थार्थ खाता संख्या	46,000 (fa	melyIn	come) (ttach Proof of In आय का साक्य सं	come) लग्न) NA
ARE YOU AN INCOME TAX A	SSESSEE (Tick whichever is applicable): मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	- J	Yes / No 时/西		
		FAMILY DETAILS			
Sr. No. कृम संख्य	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Yea		Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
3	Soughin	70		Й	Laughter in lau
		V.			
	BASIS for REQUESTING सहस्ता के लिये हि		k whichever is	applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy गरीबी रेखा के नीचे प्रचाण (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संत	पत्र अल्प आय वर्ग प्रयाण प	1	Ration Ci (Attach Co उपमोक्ता व उपमोक्ता व	ppy) niá	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
		for REQUESTING हेतु किये गये विनती		3	
Sr. No.		Medical Report	ts/Prescription	s Attached	

Sr. No.

क्रमः संख्या	Diagnosis - RE - Pseudophasio				
RATE:					
	LE - Senilo Cataract				
240	Sugary - LE - SICS With PMMA				

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेत् कोई अन्य महायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो?

Sr. No. - ऋम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य क्वोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अपनेदार द्वारा पोपास 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 assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 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 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.
- मैं भीषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं मही है। यदि कोई विवास एवं कथन असल्य प्राप्त जाता है तो मेरी सहाराज निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायश गाँत "कोशिका फाउन्टेशन", में नी जा रही हैं, उसका उपयोग उमी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पार गंधा है।
- में पुष्टि करता हैं कि तिस सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अमिक का सकल हिस्सा किसी अन्य खोदानियोजक/बोमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो भविष्य में मुंता

AGREEMENT by APPLICANT (antique and west)

- 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 salely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की क्षाप सत्ताकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्रोंसिका कार्यक्षेत्रन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि येरा नाम, पता, फोटो और जो निवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, यावनाग्या दूसरे उद्देश्य से जुडी महिलिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार साध्यम सं प्रसारित करने वं लिए अधिवत्त हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इसाज जो पहले या बाद में करने वं लिए "कोशिया फाउडोंसन" व न्यासी अधिवत्त है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहसत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदम के हरतावार या अंग्डे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (ERRING BRI WHIT)

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, इस्ताक्षरी को उत्तेर से भामलेरोमी को "कोशिका फाट≪ेशन" से सितिय सहामता हेतु सिरकारिश की जाती है, जिसे इस (इस्पकाल) निम्म प्रकार से मान्य व स्थीकार करते है। यह कि न तो वर्गमान और न ही पविषय में वितिय सहायता किसी मेर सरकारी संस्थान या किसी अन्य खोत से उक्त ऐगी/मामले में लिए वा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काइन्देशन"

- से सिफारिश/शिनीट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पाताल किसी अन्य मि सरकारी संस्था ना किसी अन्य सन्साधन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रक्षता है। इस पुष्टि में स्मष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिवीय मरद उक्त गेपी/मामले हेत् किसी पैर सरकारी संस्था थ किसी अन्य साधन से नहीं लंगा/लेगी।
- 2 "कोशिका काउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिथ प्रकृति को है। रोगी पर हस्यताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बोच का विषय है और "कोशिका काउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षक नहीं है। इसलिये इस्पताल में ग्रेगी के इलान सुरक्ष और आने जाने की सारी निम्मेदारी रोगी एनं इस्पताल को होगों और "कोशिका" को कोई धृषिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं शोगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05-Le-2024

Redn. No. With Stame डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न.

ARNAB MODAK SCEH SAHARANPUR

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद इस्पक्षल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताभर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताक्षर 2