APP	(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)			Koshika	
APPLICATION No. : आगेदन संख्या :					Building block of life.
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Ruberam Singh	AGE-YEARS 3	ायु-वर्ष	SEX लिंग	66
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम		4.1		1/1	
Nagla	vidh and aghenta gutt- mothung, U.P. PERMANENT RESIDENCE ADDRE	281309	29		Roze op Postop
	same as	alove	1174		
OCCUPATION : व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	MARRIED (विवाहित (Attach Proof of II (अगर का साहय स				
PAN No. स्थाई खाता स				शंच ना। स्वयंच	Well-1) ZVF+
ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes/N 81/7	ही		
Sr. No.	Name of Family Member	FAMILY DETAILS परिवा Age (Years)		ender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	प्रिवार के सदस्यों का नाम	उस (वर्ष)	- "	लिंग	आवेदक के माथ सम्बध
	Jaimala	75		F	Mile
7-	Vecapal	34	- /	n	son
3 .	Seema	30			Daughter in Law
	BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन		hever is a	applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न		R (A)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छत्य प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य
		or REQUESTING ASSIS किये गये विनती का उद			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
3071 TUSHI	AE - Cataract				
	LE- Cataract				
	Surgery - (LE) -STES+PMMA				
	0	0			<u> </u>
	ASSISTANCE BEING AVAILE	O for SAME "PURPOSE	" from O	THER SOURCE	ES
	इस उद्देश्य के हेतू कोई व	भन्य सहायता किसी अन्य		लेवा गया हो?	\$172.5
Sr. No. अन्य संख्या	NAME of OTHER SOU अन्य स्त्रीत का नाम		25 0,5000		of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
(-	3)BC3"		2000/		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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) में घोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) में द्वारा जो सहायता राशि "कांशिका फाउन्टेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया खायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि नाता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक डाय 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताचर या अंगठ को छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत 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 जुटी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का कियरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ 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" एवम उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

to 42/6t

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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, इस्तावारी की ओर से मानले रोगों को "कोशिका फाउन्टेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व ब्लीकार करते है।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन"

से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल
किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मायले हेतु किसी
गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का नाम किये प्रिकृतिक के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और प्रकृतिक में सारा विवासी होते एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या जिस्मेदारी इस सामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की वारीख 17/08/24

Name of Dr. & Regnino. WANGAN 184 slact an ann a statist a tia. 4.

(Name, Designation and Samp et Authorised Signatory on behalf of Hospital)

Adi nistrato

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

11-04-2024