APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखमाल)			Koshika		
APPLICATION No.:	p/000	13/0735	APPLICAT	TON DATE : /U- 0	8-2023	Builde	Strol of Ma	
NAME of APPLICANT :			AGE-YEARS आयु-वर्षे SEX लिंग		1	NTO		
मार्वेदक का नाम Kanhaiya Lal			61 M		M	NAME OF TAXABLE PARTY.	(600)	
ATHER'S/SPOUSE'S N सामक्ष्युम्य का नाम	AME:	chu Ram PRESENT RESIDENCE ADDRESS	s sáma	जानाजीय प्रसा		15	13.	
0		Teh - Hansur.	Dist	Alwar		Preop	Postop	
Ravasthan — 301402 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्याई अग्रवासीय पता AS 960VC						0735	Kanhaiya	
					V			
CCUPATION:	Farme	Y				d) / UNMARRIED (आक्वास्त)	
OTAL ANNUAL INCOM मुल वार्षिक आय	570			(4	ittach Proof of आवं का साध्य	Income) संलग्न) //A		
AN No. स्थाई खाता संस REYOU AN INCOME 1 या आप आय कर दीता र	TAX ASSESSEE (fick whichever is applicable): र पर सही का निशान लगाये।		Yes (No नहीं)				
Sr. No.	Nar	ne of Family Member	A Company of the Comp	AILS परिवार विवरण Years)	Gender	Relation	with Applicant	
क्रम संख्या	परि	परिवार के सदस्यों का नाम		हम् (वर्ष) लिंग		आवेदक	के साथ सम्बध	
1.		•						
	- 1	1						
	N							
		BASIS for REQUESTING AS		(Tick whichever is	applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संतरण करे।		सहायता के लिये विनात आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संसान करे।		Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाषा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य		
				TING ASSISTANCE बेनती का उद्देश्यः	:	1.1		
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतालाव्हॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
	Diagnosis RE - SENLLE CATARACT							
	LE - SENJLE CHIARRY							
9	Surgery - LE- SICS WITH PMMA							
15,04	043	Va kilania ili		eatani	2HSI-eH	1005		
		ASSISTANCE BEING AVAILED	for SAME	"PURPOSE" from	OTHER SOURCE	DES .		
/(#07400 t)	_	इस उद्देश्य को हेतृ कोई अ	न्य सहायता	किसी अन्य स्त्रीत से	लिया गया हो?	of ASSISTANCE BI	EING AVAILED	
Sr. No. क्रम संख्य		NAME of OTHER SOUR			WINCHIA	ली गई सहायता रा		
1	Will							

DECLARATION by APPLICANT: आयेपस द्वारा घोषणा 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, hable 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.

1) मैं योषणा करता है कि इस प्रकृष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो महायना गरिश "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में भग्न गया है।

मैं चुटि करता हूँ कि जिस स्कापता हेतु यह प्रार्थना भी गई है, उस ग्रांश का आंशक या सकल हिस्सा किसी जन्म खेल/नियोवक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही भविष्य 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" for which assistance is being requested.

 (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 प्रथम पर अपने इस्ताक्षर या अंगठ की साथ लगाकर, में (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विजरण इस प्रपत्र में पोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, गरधनात्वा दूसरे उप्टेश्य में कुडी गतिविधियों और उपलक्षियों के दिल्पे किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "अग्रेशिका फाउटेंसर" व जासी अधिकृत है।

2) मैं (अप्रवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटा और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एतम् उसके न्यासियाँ का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

Kanhai ja Rava APPLICANT'S SIGNATURE OR LEET THUMB IMPRESSION आचेदक के इस्ताखर या अंग्डे 💉

AGREEMENT by HOSPITAL (安共田州 智可 報理)

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

 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, हस्ताहरी को और में मामानेरोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, विसे हम (हस्तवात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायदा किसी पैर सरकारी संस्थान या जिसी अन्य स्वीत से उक्त ग्रेपी/मामले में लिए या ले खो है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिक्र/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। बदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो उस्पनाल किसी अन्य गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्मष्ट कहा जाता है कि असमाधल हिताय मरद दक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउनोराम" से ली गई सतयता केवल विशिष प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा यी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव मही है। इसलिये हस्यताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारो जिल्लेदारी रोगी एवं हस्पताल

की होगों और "कोलिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस् क्रीमले में नहीं होगी। RECOMMENSED FOR ACCEPTENCE क्षीकृती के लिए संस्तुति CHARAN MASSEY Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख Administrator of Authorised Signatory DN-SANTEEVA HASEURIPANEUR 9:02 Megal 95 (Ath Stamp) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी द्धवटर का नाम व हस्ताका व रवि. न आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यासी इस्ताक्षर 2