सहार्याता हेतु आवेष्यन प्रारंपण सहार्याता हेतु आवेष्यन प्रारंपण सहार्याता हेतु आवेष्यन प्रारंपण सम्माद्रियाण मा स्वारंपण सम्माद्रियाण मा स्वारंपण स्वारंपण स्वारंपण स्वारंपण स्वारंपण स्वारंपण स्वारंपण स्वारंपण स्वारंपण स्वारंपण स्वारंपण स्वारंपण स्वारंपण स्वारंपण स्वारंपण स्	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)					Koshika	
and the states : A D 8 27 O 1 40 and a state of the stat					A Committee of the Comm	foundation	
AGE-YEARS SIZE-THE BLACK SINGH TO THE SURVEY BEAUTY SINGH TO MARRIED (STORT BEAUTY SINGH THE SURVEY BUT THE SUR	PPLICATION No. :	A/0820	10740	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी	10-08-2023		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES St. No. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RAISSTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RAISSTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RAISSTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RAND OTHER SOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RAND OTHER SOURCES RASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER BOURCES RAND OTHER SOURCES	NAME of APPLICANT:						
Registran — Colylis Rajasthan — Colylis Permanent residence address: रवारी आवारतीय पात O 740 Hajary Single Coupation:		NAME -	00				
DECUPATION: FORMER FORMER FORMER FORMER MARRIED (विवाहित) (Attach Proof of Income) (आव का सकत संस्ता) MARRIED (विवाहित) (आव का सकत संस्ता) MARRIED (विवाहित) (आव का सकत संस्ता) MARRIED (विवाहित) (आव का सकत संस्ता) MA MARRIED (विवाहित) (अवविवाहित) (अवविवाहित) MARRIED (विवाहित) (अवविवाहित) (अवविवाहित) MARRIED (विवाहित) (अवविवाहित) MARRIED (विवाहित) (अवविवाहित) MARRIED (विवाहित) (अवविवाहित) MARRIED (विवाहित) (अवविवाहित) (अवविवाहित) MARRIED (विवाहित) (अवविवाहित) (अवविवाहित) (अवविवाहित) (अवविवाहित) (अवविवाहित) (अवविवाहित) (अवविवाहिता) (अवविवाहित) (अवविवाहिता)	lillage - R		leh - Bonsur	ss वर्तमान आवासाय पत , Dicst -	Alwar	0 0 1 3	
SCUPATION: Farmer MARRIED (विवाहित) / LINMARRIED (अविवाहित) / LINMARRIED (अवि	R	ajasthan	- 301416	SS : स्थार्च आवासीय पता		1 1 1	
TOTMEY TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (आय का साहब संस्था) NA No. Tutil sam संख्या (अया का साहब संस्था) NA No. Tutil sam संख्या (अया का साहब संस्था) NA No. Tutil sam संख्या (अया का साहब संस्था) FAMILY DETAILS परिवार कि पहला का नाम FAMILY DETAILS परिवार कि पहला का नाम Sc. No. Name of Family Member Age (Years) Sc. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Smith Regarian के प्राच का नाम Age (Years) Gender Relation with Applican BAL SINGL 2. Ko bal Singl Sc. Mey To Some Assistance (Tick whichever is applicable) TRAMILY DETAILS परिवार कि पहला का नाम Age (Years) Gender Relation with Applican From Some Assistance (Tick whichever is applicable) TRAMILY DETAILS परिवार कि पहला का नाम Age (Years) Gender Relation with Applican From Some Family Details परिवार के पहला Relation with Applican From Some Assistance (Tick whichever is applicable) Transman के field french share (Attach Copy) Any Other Basis/Proof Any Other Basis/Proof Ser की परिवार के पहला Ser को परिवार के पहला Ser की परिवार के पहला PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: HERVER के परिवार के परिवार के परिवार करें। Ser को संस्था PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: HERVER के परिवार के परिवार करें। Ser को संस्था PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: HERVER के परिवार के परिवार करें। Ser को संस्था ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES Extra Service of the Reports/Prescriptions Attached ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES Extra Service of the Service of the Reports of the Reports/Prescription of the Reports/Prescriptions Attached ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES Extra Service of the Reports/Prescriptions Attached ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES Extra Service of the Research o						Singh	
STAL ANNUAL INCOME:	OCCUPATION: Former MARRIED (विशाहि					त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
REYOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 8 अप अरथ कर पहात है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। 8 (जो मान्य हो उस पर सही को निशान लगाये। 8 (Year) 8 अप अरथ कर पहात है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। 8 (Year) 8 (Year) 8 (Year) 8 (Year) 8 (Year) 8 (Year) 9 (Year) 10 (Year) 11 (Year) 12 (Year) 13 (Year) 14 (Year) 15 (Year) 16 (Year) 16 (Year) 16 (Year) 17 (Year) 18 (Year) 19 (Year) 10	OTAL ANNUAL INCOM ल बार्षिक आप	5000	ot			Income) संसम) NA	
Sr. No.	RE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (स पर सही का निशान लगाये।	शं / रि	nit)		
2. Umed Bai Singh 55 M San 3. Heery q Y8 F Daughter in I 4. Randan Singh 24 M Grand san BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के मीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये पिनती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्य त्राह्म संतरन 1 Diaghasis RE - SENJLE (ATANACT 2. Surgery - RE- STCS (STH PIMA) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		Name of Family Member		Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
2. Gofal Singh 55 M Son Heery 9 48 F Daughter in I U, Ramdan Singh 24 M Grand Son BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विस्ति अग्यार BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खाया प्रीव संस्त्रम करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्ती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्ती का उद्देश्यः Br. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/डॉक्स संस्य Diagnasis RE - SENTLE CAITABAL ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES IR उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थान से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		1 ,			लिंग		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विस्ति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के सीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता के त्रिक्त के सीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किये गये विस्ति का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किये गये विस्ति का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किये गये विस्ति का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किये गये विस्ति का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किये गये विस्ति का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किये गये विस्ति का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किये गये विस्ति का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किये गये विस्ति का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किये गये विस्ति का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किये गये विस्ति का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता के तीच के तीच के तीच का विस्ति का					F		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विस्ति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा के मीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को हाया प्रति संतर्ग करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्ती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्ती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्ती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्ती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्ती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्ती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्ती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्ती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्ती का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	2.	-		1955 S	m		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लागा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हो किये गये विनाति का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हो किये गये विनाति का उद्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न 1 Diaghasis REFORE CAMPANA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेता से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	3.				F	4	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की हावा प्रति संतरन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेत्र किये गये विनाती का उद्देश्यः Sr. No. कम संख्या Diagnosis Ration Card (Attach Copy) अल्ट आग वर्ग प्रमाण पत्र अल्ट आग वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की हावा प्रति संतरन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेत्र किये गये विनाती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतियंदन सूची संतरन Diagnosis RE - SENTLE (ATTACH) 2. Sturgery - RE- STCS (ATTACH) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से तिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE ANOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	ч,	Rama	lan singh	24	m	Grand san	
BPL Card (Attach Card Copy) (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के मीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ङाकर से जारी की गई प्रतिशेष्ट सूची संलग्न 1 Diag hasis Any Other Basis/Proof अन्य कोई साम्प "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ङाकर से जारी की गई प्रतिशेष्य मूची संलग्न 1 Diag hasis Assistance Being AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES 1 अंदर्शय के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य सहाय ते लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED					never is applicable)		
सहायता हेतु किये पर्य विनती का उद्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न Diaghosis RE - SENTLE CATARACT LE - SENTLE CATARACT 2. Surgery - RE STCS WITH PIDMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES [स उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता कियो अन्य स्वेत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र	(A	ttach Copy) गोक्ता कार्ड	Basis/Proof	
क्रम संख्या Diagnosis RE - SENTLE CATARIACT LE - SENTLE CATARIACT 2. Surgery - RE- STCS WITH PIDMA Assistance being availed for same "PURPOSE" from Other sources क्षम उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of Other SOurce AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	-		1,1,00,11				
2. Surgery — RE- STCS WITH PIMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED							
2. Surgery — RET STCS WITH PIDMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	1	Diagnosis RE - SENTLE CATARHOT					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES प्रस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			LE - SENTLE CATADACI				
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	2.	Surg					
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							
			इस उद्देश्य के हेतू कोई ट	अन्य सहायता किसी अन्य	स्त्रोत से लिया गया हो?		
क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम लो गई सहायता रासी			NAME of OTHER SOU अन्य स्त्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		

Will

DECLARATION by APPLICANT: आयेरक 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.
- 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 8 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 घोषण करता है कि इस प्रक्रम में दिले गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सभी है। गरि कोई विवरण एवं कथन असन्य पाण जात है ले मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा को सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति वो लिये किया जायेगा, से इस प्रारूप में भरा गया है।
- में पुष्टि करता हूँ कि जिस महायता हेंटु यह प्रार्थना की मां है, उस राश का आहिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न तो पांकप में सूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आगेरक 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 प्रयत पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहधात की पुष्टि करता मूँ इव "कांशिका फाउंडीशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता मूँ कि मेरा चान, पता, फोटों और जो जिन्नरण इस प्रयत में प्रिवेत है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनर्या दूसरे उद्वेश्य से जुटों गतिविधियों और उधनविध्यों को लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकारिक करने के लिए अधिकृत है। येरे प्रयत्न का विवारण मेरे इलाज को पहलों या बाद में करने के लिए "कांशिका फाउडीसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि पेश नाम, पता, फोटो और निवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनता। इन सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताक्षर या अंगुटे का निवान

ENISTAL

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल क्रांग 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.

हमारे अधिकृत, इस्लाक्षारी की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्बेशन" से वितिथ महायता हेतु सिफारिश की आती है, जिसे उम (इस्लावत) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

[] यह कि न तो वर्तमान और न ही भाविष्य में मितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्त्रोत से उसा रोगी/मामले में तेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका माउन्बेशन"

से सिफारिश/विनति उसन के सम्बंध में "कोशिका फाउन्बेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्बेशन" द्वारा सहायता विनति अशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है जो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का आधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूण्ट में सम्बद कहा जाता है कि आपताल दितीय मदद उनत रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फायन्टेशन" से लो गई सहायता केवल विशिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्यताल द्वास थी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाय रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका कावन्तेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रवास नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं हस्यताल

को डोगो और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस माजी में नहीं डोगी।

| Date of Surgery ऑपरेशन की तारिख | Dr. BASITALI LAXMANI | DNB (OPHTHAL) | Administrator of Authorised Signatory | Dr. Shrofts Eyechlars मिडेइक्सी का नाम व शस्ताक्षर य रिज न | नाम व पर हस्माजल ऑधकृत अधिकारी |
| 10/8/23 | इन्हर का नाम व शस्ताक्षर य रिज न | नाम व पर हस्माजल ऑधकृत अधिकारी |
| FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जानारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यासी हस्ताकार 2