VRN-P-22-10-0145-N

APP	Koshika foundation							
APPLICATION No. : आयोदन संगया :	1//102	2/0757	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी	11/10/22	Building block of life.			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Stryam	n Nord Sarsunt	and the second s	ा-वर्ष SEX लिंग				
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: Par	manand Sandu PRESENT RESIDENCE ADDRESS	vati					
Mun	anush		THE RESERVE THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN COLUMN TWO I	han	0 - 1 0 1			
banga	TI, Trist	Ruech Postop (0757)Shyama						
		same as abou	/e '		Nand Sarswati			
OCCUPATION:	0 0 1			MARRIED (Stafft	d) / UNMARRIED (alfraide)			
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आप	Sant	14		(Attach Proof of (आय का साह्य	Income)			
PAN No. स्थाई खाता स	ख्या				Manufal			
ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दात	TAX ASSESSEE (है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हाँ / नहें MILY DETAILS परिवार					
Sr. No.	Na	me of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
क्रम संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम	उप्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध			
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which	ever is applicable)				
BPL Ca	ard	EWS Certificate		tion Card	A. Other			
(Attach Card Copy) गरोबी रेखा के नीचे ग्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतरन करे।		(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छामा प्रति संलग्भ को	(Attach Copy) वपभोनता कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य			
			REQUESTING ASSISTA केये गये विनती का उद्दे					
Sr. No. ক্লম মভিয়া		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिषेदन सुची संलग्न						
		RE- Catanact						
	-							
		LE-	Catana	C+				
	+							
		Cross Co.	u- (RE)	SICS+1	M M H			
		Sunger	A WE	S4434 I	7117011			
		ASSISTANCE BEING AVAILED f इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्त	or SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURC	ES			
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE			of ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या		अन्य स्थोत का नाम		Albert Strait	ली गई सहापता राशी			
7-	DBC	2000/		2000/-				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चीवणा 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 ass.
- 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 as
- 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 an,
- में पोषण करत हूँ कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सब्दी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त को जा सकतो हैं।
- मेरे द्वारा जो सहायता गृशि "कोशिका फाउन्डेशन", में ती जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आवेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आरिश्क या सकल हिस्सा किसी अन्य खंत/नियोजक/बीमा कम्पनी से व तो लिया है और व ती पविष्य 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"
- 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 प्रपत्त पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को आँधकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पक, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यस में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व ऱ्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अववेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेश जाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के वर्दरमों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ॲठिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निसान



AGREEMENT by HOSPITAL (हम्बताल 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 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, इस्ताहरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से चितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। पह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले खे है, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" सं सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कॉशिकर फाठ-डेशन" द्वारा भरद हेतू कि है। यदि "कॉशिका फाठ-डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतू मन्दुर नहीं किया जाता है तो अरुपताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहरपता लेने का अधिकार सुर्वक्षत रखता है। इस चृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उकत रोगी/मामले हेतु किसी
- गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोरितका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल विशिष प्रकृति की है। रोगी यर हस्पताल इस्य दी गई सलाङ या किये गर्व उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हत्पताल प्रति S Eye के बीच का निषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकव नहीं है। इसलिये हम्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्म्यारी जीती

	RECOMMENDED FOR ACCEPT स्वीकृती के लिए संस्तुरि		Administrator		
Date of Surgery	MSBSWAND Ophthamology	on behalf of	tion & Stamp of Authorised Signatory		
ऑपरेशन की तारीख	Reg No - 89373		on behalf of Hospital)		
। २ / १० / २.२	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)		पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी		

आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताक्षर 1