VRN-C-22-10-0478

APPI		RM FOR ASSISTANC तू आवेदन प्रारूप	E	(Health (स्वास्थर		Koshika foundation	
APPLICATION No. :			APPLICATION DATE : 12 / 10/22 आवेदन शिथी			Building black of life.	
NAME OF APPLICANT: Babu Lal				AGE-YEARS SHY	3-वर्ग sex f	fein S and S	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: Ha	n Bhagan					
	7	PRESENT RESIDENCE ADDR			1 = 0	remail to the second	
- (snam.	Dist	Mathuna	J.P.	281501	Arin	Pureop Postop (0775) Baby Lal	
	PE	Same as a	604			= CO++5) Babu Lal	
		CHUIII SOCA III					
OCCUPATION: MARP:ED (199189) / UNMARRIED (SEPARES)  TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income)							
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक अस्य	ME: 55	ovol-CFa	mi	14)	(आय का	सहस्य संतर्ग) //	
PAN No. स्थाई खाता सं	ख्या						
ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE ( है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	F4110	Yes / No हाँ / नर			
Sr. No.	No	me of Family Member	FAMIL	Y DETAILS परिवार Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
इ.स. १५७० इ.स. संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम		उप्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
4	Dea	Deenu		60	M	Brather	
	_		+				
	+		+			-	
			-				
	+		-				
	Į	BASIS for REQUESTING सहायसा के लिये नि	ASSIST	ANCE (Tick which	ever is applicab	julia)	
BPL Ca	ard	EWS Certificate		R	ition Card	Any Other	
(Attach Card Copy) (Attac		(Attach Certificate Cop	(Attach Copy)		tach Copy)	Basis/Proof	
गरीयों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाथा प्रति संसन्त करे।		अस्य आय वर्ग प्रमाण पा (प्रमाण पत्र भी छाया प्रति संस	र जिल्हा	उपभोक्ताः रक्तेः (ग्रमाणं पत्र को साराः		को। अन्य कोई सास्य	
(प्रमाण पत्र को छावा ।	प्रतिसलान कर।	(Astro as an analysis and	55.9034.		MOST WISE STORY	1994	
				QUESTING ASSIST गर्म विनदी का उद्			
Sr. No.	ed						
क्रम संख्या		अस्पवाल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न					
		TaE - Semile Catarract					
		LE- Service Cataract					
	+						
		SUMPERIN - (LE) STOSTPMMH					
	-	Sungery - (LE) SICS+PMMH					
		4					
	1						
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य को हेतु को	ED for S	SAME "PURPOSE" हापता किसी अन्य र	from OTHER S	OURCES ग हो?	
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशो		
क्रम संख्या	DRC						

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चोषणा 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 & onge

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 su

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

- for which this assistance is requested. में घोषणा करता है 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 सहत्यता जिस्त की जा सकतो द
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेरान", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक झार 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 प्रपष्ट पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, यावनात्या दूसरे उर्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या कार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा चाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सन्वंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निमान

## 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 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, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है। पह कि न तो वर्तवान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/पामले में लॅंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका जातन्त्रेशन" से सिफालिग/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थपन से सहरकता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर्द उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेग∨लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंपल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हम्पताल में रोगों के इलाब सुरक्षा और आने जाने की सारी निम्मेद्रमा जी को होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Date of Surgery** 

Dr. NISHA YADAV MBBS, DNB ON TERMOTOGY

Reg. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Date.....डाक्टर का नाम महत्त्वाक्षर व वि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Administrator

आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2

न्यासी हस्ताक्षर 1