APP		ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थयः		Koshika			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/012		PPLICATION DATE:	101/23	Building block of life.			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	tore'	AGE-YEARS ST		en A : LO L				
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: Gray	Pai			TRU MARIE WATER BURNES			
VIII- dhaf	опарит,	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पता	air	PASTE PHOTO HERE			
449		ERMANENT RESIDENCE ADDRESS :	med vesselve me		- Dimer 10000			
		ame as along						
OCCUPATION:	/-	With =		T	201			
च्यावसाय TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	HE: GO,0	vales		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  (Attach Proof of Income) (आय का सक्य संस्पन)				
PAN No. स्थाई खाता सं	क्या				mee meny			
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उ	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हां / नही	1				
Sr. No. क्रम संख्या	No.	rAMI ame of Family Member रेवार के सदस्यों का न्त्रम	LY DETAILS परिवार Age (Years) उग्र (वर्ष)	विवरण Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध			
		N/						
		BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति अ	TANCE (Tick which	ever is applicab	le)			
BPI. Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्राया प्रति संतरन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संलग्न करे।	(Att	tion Card ach Copy) गेक्स कार्ड खपा प्रति संसम्ब	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य			
			QUESTING ASSISTA ये गर्थे विनती का उर्दरे					
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलगन						
	Diagnoss							
	f	1 E - Semle Cataralt						
		Rt - Semle cataract						
	Surg	eny LE - Si	° 5 100	th Pmi	nf lenge			
		ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME "PURPOSE"	from OTHER So	DURCES			
Sr. No.		इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य NAME of OTHER SOURCE	सप्रायता किसी अन्य स	बोत से लिया गय	时? DUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या		अन्य स्त्रीत का नाम		(-	त्ती गई सहायता राजी			
	D	BCS		2	000/			

## DECLARATION by APPLICANT: SRICE THE WHITE THE

- 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 पोषणा करता हैं कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। चरि कोई विवरण एवं कमन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की या सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महायता रहिंग "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा सही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्ररूप में धरा गया है।
- में पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेंद्र यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खेत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लेगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वार 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 प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अगठे की क्राप लगाकर, में (अरवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका कार्यदेशन और उसके न्यासीयों " को ऑफक्त करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रयत्न में योषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचनान्या इसरे उद्देश्य में जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रनत का विवरण मेरे इलाव के पहले या कर में करने के लिए "कोशिका चडड़देसन" व न्यासी ऑधकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का तकपार नहीं क्नाता। इस सम्बंध में "कॉलिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय और बाध्यकारी होगाः

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगृते का निशान

717 11 6T

## AGREEMENT by HOSPITAL (EPHIRE STO WAIL)

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, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका चातन्देशन" से वितिध सहायता हेतु सिरकारिश की जाती हैं, जिसे इम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ले वर्तमान और न हो व्यवस्थ में विलिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्टोश से उक्त ऐगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकारिश/विगति उक्त के सम्बंध में "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा महाया विज्ञाति का विश्व किया किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्तिर रखता है। इस पृष्टि में स्थार कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदद उक्त ऐगी/मामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेग्डरलेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता क्षेत्रल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ये गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई चूमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

		FOR ACCEPTENCE लिए संस्तृति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख • 2   01   25	Dr. Utsav Deep M.B.P	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on banalf of Hospital) नाम व पर हम्प्ताल अधिकारी		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIK	A FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्		
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर. 2		
8	fugel	lite		