APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप					ncare देखगा		Koshika	
APPLICATION No.:				APPLICATION DATE 7 - 02-2024			Building block of life.	
NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS H		SEX filty		
suite at the MSI RUKMO dodin				68		M		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/सटुम्म का नाम	NAME:	PRESENT RESIDENCE ADDRE	san	nma	\ 1		PASTE PHOTO HERE	
ghadva	The second second	adrena Se	Cho.	20134	PCL	He	PHEOP POST OP	
	Р	ERMANENT RESIDENCE ADORE					Rukmadadih (1130)	
		same a	S CLI	bove				
OCCUPATION:	abou	4		The state of the s			त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO मुल चार्षिक आय	50,00	O (Family	IF	2000	20/0	ttach Proof of आप का साहप	Income) संदान) NA	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / N	0			
en sur sun no qui	W. A. 181 - 181 - 181 - 181		FAMILY DE	ETAILS TRUR				
Sr. No. क्रम संख्या		me of Family Member वार के सदस्यों का नाम		e (Years) 및 (적학)	Gender लिंग		Relation with Applicant आवेरक के साथ समय	
	1 63	USION	6	2	F		MIFE	
(7)	2011	nsuan	14		16		COD	
(4)	1	240/3	U	5		-	Daughten Engli	
(5)	DOL	Danichway		42			monteyingan	
(6)	550	Chamshey		1,7		7,	Contand son	
( +)	3/2	abyez.	1	13		7	Grand, Joh	
(62)	Rehman		1	102		/	Carand dought	
[9]	P	PHOUSES						
		BASIS for REQUESTING A सहायता को लिये विन		E (Tick which	iover la	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (ध्रमाण पत्र की सावा प्रति संस्थन करें।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाग गव (प्रमाग पत्र को क्षम्या प्रति संलम	2	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाणा प्रति संतरन करें।		opy) Fié	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
		"PURPOSE" । सहायशा हो		STING ASSIST				
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
	Diganosis - Rt Senile catalact							
	UF - PSEUDOPHACIC							
	50	14ge49 -	RE	-577	5 4	With.	PMMA	
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उट्टेश्य के हेत् कोई :	D for SAM	E "PURPOSE"	from C	THER SOURCE	ES	
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE					1		OF ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या						सी गई सहापक्ष राजी		

## DECLARATION by APPLICANT: HERCE (SIT THERE 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 solermly 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 reimbursament, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा भरता हैं कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जनकारी के अनुसार साथ एवं सबी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असला पाना जाता है तो मेरी सवामात्र निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ग्रांश "कोशिका काउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेशप भी पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- में पृष्टि करता है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थश की गई है, उस राश का असिक थ सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोगक/बीख कम्पणी से न तो लिया है और न ही प्रविष्य में तुँगा।

# 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.
- 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 essistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रयह पर अपने हस्त्रधर या अंगठे की छाप लगावर, में (आंवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्लेशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को ऑगयुन करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पतेशे और जो विवास इस प्रयन में घोषित है, उसे "क्लेशिका" एकम् न्यासी, रात, याक्कारण दूसरे उप्देश्य से जुड़ी मीतीविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए कोशिका काउड़ोसन" व न्यासी अधिकृत है।
- में (कार्यक्क) इस बात से सहयत हैं कि मेरा नाम, पता, पतेले और विवरण को कि सतायता के उर्देश्यों से प्रार्थत है मुझे स्थत: सहायता का इक्यार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बर्गाणावा" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाव्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

कानंदक की हरताधर या जंगुडे का निकास



### AGREEMENT by HOSPITAL (सम्पताल हारा 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, हम्त्राक्षरी को ओर से मामले/दोगों को "कोशिका काउन्देशन" से विदिय सहायदा हेतु किकारिश की वाती है, जिसे हम (हस्माहत) निम्म प्रकार से मान्य य स्थीकार कार्त है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में जितिय सहायदा किसी गैर सरकारी कंस्थान पा किसी अन्य स्थीत से उक्त तंगी-प्रमास्त में लेंगे मा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्देशन"

से सिकारिश/विश्वित उक्त के सम्माम में "कोशिका फाउन्देशन" हारा मध्य हुतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" हारा सहायता विश्वित आरिकारसक्त हेतु मन्दुर नहीं किया बाता है तो अस्पताल क्षित्री अन्य रीन सम्मास से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा बाता है कि अस्पताल हितान मध्य उक्त ते गी-प्रमाल हितान मध्य स्वाधन से साथ स्व

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लोगानीगी। 2. "कोशिका फाजन्देशन" से ती गई सदायता केवल विविध प्रभृति की है। रोगी गर हस्पताल प्राय दी गई सल्तह या किये गये उपकारप्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशक नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हलाक मुख्या और आने जाने की साग्री जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल

की होगी और "कोशिका" की कोई पुस्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

#### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तृति Dr. Parshant Singla Date of Surgery ऑपोशन की तारीख Reg. No (Name, Designation & Sta 07-02-2020 (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) on behalf Hospital) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पद हस्पताल क्रीकृत्क FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION व्यन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तावार 2 न्यासी हस्ताधर ।

25-11-2023



