APPLICATION NO.: S 032 Y 12 Y3 ARPHICATION NATE: \$ 6.05 - 20.24 ARPHICATION ANTE: \$ 6.05 - 20.24 ARE YOUR AS AREA SHIPT AND SERVICE THE AREA SHIPT AND SERVICE SHIPT AND SERVICE THE AREA SHIPT AND SERVICE SHIPT AND S	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)				Koshika
MAME OF APPLICANT: अर्थनंदर का गांग Marker Should Shame: FATTERESSPOUSE'S MAME: ACENTAL PUT FULLY PRESENT RESIDENCE ADDRESS चरिया अध्याधीय पण PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पर्वाच आधारीय पण PRESENT RESIDENCE ADDRESS: परवाच पण (Attach Proof of Income) (Attach Card Copy) (Attach Card Topy) (Attach Ca	शारित संख्या : 5 0324 1243 अर्थरत तिथी				Building block of life
PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षेत्रमा अण्यापीय पता PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षेत्रमा अण्यापीय पता PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षेत्रमा अण्यापीय पता PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षेत्रमा पता (12 43) PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षेत्रमा पता (12 43) PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षेत्रमा पता (12 43) PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षेत्रमा पता (ABACK Proof of Income) (SIR क्षेत्रमा सम्बन्ध पताला) PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षेत्रमा पताला (SIR क्षेत्रमा पताला) (SIR क्षेत्रमा सम्बन्ध पताला) PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षेत्रमा पताला (SIR क्षेत्रमा पताला) (ABACK Proof of Income) (SIR क्षेत्रमा सम्बन्ध पताला) PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षेत्रमा पताला (SIR क्षेत्रमा क्षेत्रमा) PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षेत्रमा पताला (SIR क्षेत्रमा क्षेत्त	NAME OF APPLICANT:				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्याह आगासीय पण Shyam Singh (1243) CCCUPATION:			र्थ. सर्वपान आवाधीय प्रमा		
CCCUPATION: उपलबाल उपलिल उपलबाल उपलबाल उपलबाल उपलबाल उपलबाल उपलबाल उपलबाल उपलबाल उपलब	Kamalpur	Hht Sahayar	14466 Sh	utmalpur	
CCCUPATION: उक्सवाय AT, 000 (Attach Proof of Income) (अप का साल्य मिलान) PAN No. प्यार्थ मार्ग प्रतान है (जो पान्य को उस पर क्यों का निवान स्थाय) St. No. Name of Family Member परिवार के सार्थ संस्था (1) PACCHA (Attach Proof of Income) (आप का साल्य मिलान) FAMILY DETAILS परिवार क्रियाण FAMILY DETAILS परिवार क्रियाण St. No. Name of Family Member परिवार के सरस्यों का माम् (1) PACCHA (3) PACCHA (3) PACCHA (4) PACCHA (4) PACCHA (5) PACCHA (5) PACCHA (4) PACCHA (5) PACCHA (5) PACCHA (Attach Card Copy) स्वीमी रेखा के मीर्थ प्रमाण पव (प्रमाण पव की आप प्रति अंगाण पव प्रमाण पव (प्रमाण पव की आप प्रति अंगाण पव (प्रमाण पव की आप प्रति अंगाण पव प्रमाण पव प्रमाण पव (प्रमाण पव की आप प्रति अंगाण पव प्रमाण पव (प्रमाण पव की आप प्रति अंगाण पव प्रमाण पव (प्रमाण पव की आप प्रति अंगाण पव (प्रमाण पव की आप प्रति अंगाण पव प्रमाण पव (प्रमाण पव की आप प्रति अंगाण पव प्रमाण पव (प्रमाण पव की आप प्रति अंगाण पव प्रमाण पव (प्रमाण पव की आप प्रति अंगाण पव प्रमाण पव (प्रमाण पव की आप प्रति अंगाण पव की आप प्रति अंगाण पव (प्रमाण पव की आप प्रति अंगाण पव (प्रमाण पव की आप प्रति अंगाण पव की आप प्रति अंगाण पव (प्रमाण पव की आप पव की पव क	P				Shyam Singh (1242)
TOTAL ANNUAL INCOME: पहल वार्षिक आव 47,000 (Attach Proof of Income) पहल वार्षिक आव PAN No. पर्चाई खाता संक्रम ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आव कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) Sr. No. Name of Family Member प्रतिवार के सदस्यों का नाम अब्द (वर्ष) FAMILY DETAILS परिवार विवारण FAMILY DETAILS परिवार विवारण FAMILY DETAILS परिवार विवारण Relation with Applicant आप आव के सदस्यों का नाम अप (वर्ष) FAMILY DETAILS परिवार विवारण Relation with Applicant आप अस्त संस्था (1) MCC-19 50 F DOLL 96 TOTAL 96 EWS Certificate (Attach Card Copy) परिवार के सदस्यों का नाम (अस्त के सदस्यों का नाम (अस्त के सदस्यों का नाम अस्त मान्य (अस्त के मान्य (अस्त के मान्य (अस्त के स्वर्ष विवारी अस्त अस्त (Attach Copy)	OCCUPATION:		ae ye	MARRIED (Toutler	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): वा आप	TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of It				ncome) NID
FAMILY DETAILS परिवार विवारण Name of Family Member	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स्म पर सत्ती का निशान लगाये।			
का संख्या परिलार के सहस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेद्राक के साथ सम्बंध (1) MCCHQ 50 F ULFC SCN (R) 20 F Daughtur 20 F Daugh	3.11.34.134.3 Mil. 41.1.1 H. J. 41.3				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के दिनमें विनति अध्या BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेगा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण यत्र को छाया प्रति संस्थान करे। PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्भे सिम्मी का उद्देश्यः Sc No. Medical Reportal/Prescriptions Attached अस्पताला/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संस्थान DLG 9 ho S48 - RE - Sende Cartaseact	कम संख्या पा	रेवार के सदस्यों का नाम	उप्र (वर्ष)		आवेदक के साथ सम्बध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के दिल्पे विनति अध्या BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण यत्र को छाचा प्रति संस्थान करे। PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गमें विनती आधार PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गमें विनती का उद्देश्य: Sc No. Medical Reportal Prescriptions Attached अस्पताला डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संस्थान DLAS ho SetS - RE Senue Catabaact			22	Fr	Witches .
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्ग विनती का उर्देश्यः Sc. No. Medical Reporta/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सुवी संलान Dear of Schools (Attach Copy) (At	(8) \$			F	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा को तीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्ग विश्वती का उद्देश्य: Sc. No. Medical Reporta/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुवी संलान Dear Topics of Sender Copy) (Attach Copy) (At					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्ग विनती का उर्देश्यः Sc. No. Medical Reporta/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सुवी संलान Dear of Schools (Attach Copy) (At					
(Attach Card Copy) गरीबी रेग्रा के तीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ग्रामा प्रति संसान करें। (प्रमाण पत्र की ग्रामा प्रति संसाम करें। (प्रमाण पत्र की ग्रामा प्रमा प्रमा संसाम करें। (प्रमाण पत्र की ग्रामा प्रमा संसाम करें। (प्रमाण पत्र की ग्रामा प्रमा संसाम करें। (प्रमाण पत्र		BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति उ	STANCE (Tick whiche	ver is applicable)	
अहायता हेतु किये गमे विनती का उद्देश्यः Sc. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संतरन Diaghosts - RE- Senite Catascact	(Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) गरीबी रेखा को नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय कर्ग प्रमाण पत्र		(Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड		Basis/Proof
क्रम संक्रम Diaghosus - RE- Senile Cotavact					
		T 6			
LE- Total Cataract		Diagnosi	S - 7		
			k	E To	tal Catoract
		C			
SUNGONG - LE SICS WITH PIMMIT		Sungery	- 11	SIC	S With PMMH
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहाकता किसी अन्य स्वोध से लिया गया हो?		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य	SAME "PURPOSE" । सहावता किसी अन्य स्व	rom OTHER SOURCE ति से लिया गया हो?	s
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED साम संख्या अन्य स्थीत का नाम सी महास्था ग्रामी	11262430571	NAME of OTHER SOURCE			

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा कोपण 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 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 & 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 धोषणा करता है कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साल पूर्व कही है। यदि कोई विवरण पूर्व कथन असल यामा जाता है तो मेरी सहामता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वरा जो सहायता तरित "कोशिका फाउन्टेशन", में ती जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि कारत हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक मा सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कप्पनी से न तो लिया है और न ही अविषय में न्हेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHEEK BRI WITE)

- 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.
- इस प्रयु पर अपने इस्ताधर या अंगठ की छाप लगाकर, में (अर्थदक) अपनी सत्तर्गति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका काउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चान, पता, फोटो और जो विकाश इस प्रपत्र में चोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नासरी, दान, वाचनात्रा दूसरे उद्देश्य से जुडी गरीरविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विकरण मेरे इलाज के पाले या कार में करने के लिए "कॉशिका फाउडेंसन" व नामी अधिकृत है।
- मैं (आंबेटक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण को कि सहायता के उट्टेंग्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का तकाइर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी डोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवंदक के हस्तावर या अंगुटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (新規語 製印 等取)

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 Kostika 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 मामलेरोगी को "कोशिका फाहन्डेशन" से वितिय सहस्का हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न शी आंधान और न ही परिष्य में विशिय सहायश किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले खे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्केशन" में सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। पदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायश लेने का अधिकार सुरक्षित सखता है। इस पूष्टि में स्वन्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका संगी/पामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "क्षीरिका फाउन्डेशन" से ली पर्व सहायता क्रोपल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा री गई सलाह या क्षिये गये ठपकार/प्रीक्रया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रयाय नहीं है। इसलिये इस्मवाल में रोगी में इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिन्मेंगरी रोगी एवं इस्मवाल को होगी और "कोशिका" की कोई भूगिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीहती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp on behalf of Hospital) दाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रवि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ञान्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर १ न्यासी हस्ताक्षर 2

