Mom- C-24-03-0469

7	सहायता हे	DRM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	E (Health (स्वास्थय			Koshika foundation	
APPLICATION No. : १	1 032	4-1349	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी 💍 🤆	103/24		Building block of life.	
NAME of APPLICANT	0	m vati	AGE-YEARS SIT		K férir		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME:   1	โบขาลว่				PRE SOPLERE	
Ant	XIT4	PRESENT RESIDENCE ADDRE	ss वर्तमान आवासीय पत , ध्रानिया (जिल्ली	4-5.25	Prai	Post	
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRE	ss : स्याई आवासीय पता			-	
		Same as	above				
OCCUPATION : व्यवसाय	Н	omemeker			o (विवासित) / UNMAR	RIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM मुल वार्षिक आप	0	210001- C-fam	ily)		Proof of Income) त साहव संसम्म)		
PAN No. स्थाई खाला संस ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / No				
वना आप आप बार पाता	s ( vii Hi-4 SI o		FAMILY DETAILS URITY				
Sr. No. क्रम संख्या	Na Vi	me of Family Member वार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gende लिंग	er Re	elation with Applicant अवदेक के साथ सम्बंध	
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	ISSISTANCE (Tick which ति आपार	ever is applic	able)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलप्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य अवय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसम्ब	tA)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाम पत्र की स्राम प्रति संसम्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
			or REQUESTING ASSIST हु किये गये विनती का उर्दे			Allender	
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेद∌ सुची संलन					
W-1 11041	Diagnosis RiE Senile Cataract						
		<i>J.,</i>	LIE	Se	nile ca	Jeona Cl	
_2	Sim	Igeory KIE	Sic	with	Pmma	Leus camp	
	1				U		
2)		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई :	D for SAME "PURPOSE" अन्य सहायता किसी अन्य र	कोत से लिया	पया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य करोत का नाम		A	MOUNT of ASSISTAN ली गई सह	H ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहापता चरारी	
		DBS		2000 1			

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकाण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्ता की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता हारि "कोशिका फाउन्डेंगर", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि विस स्तापत हेतु का प्रार्थना की गई है, उस छोश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिष्य में तुँग।

## 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 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 काताक्षर या अंगते को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सक्रमित को पुष्टि फरता मूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि पेरा चप, पता, फोटो और नो विवरण इस प्रयत्न में पोषित हैं, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा ग्रम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्यंथ में "कोशिका" एवम् उसके व्यासियों का निर्णय औरम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इस्ताधर या अंगुठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (\$ स्पताल 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 in the matter.

हमारे अध्वकृत, इस्ताक्षरी की ओर से भामले/पोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की बातों है, विसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो नर्नमान और न हो भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य रुपोत से उका रोगो/भामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनीत उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनीत आशिक/स्कल हेतु मन्तुर नहीं किया बाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताथन से सहायता लेने का अधिकार सुर्रोक्षा रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/भामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में तो गई सहायत केवल कितय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई मलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नही है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज मुख्का और आने जाने की सारी जिन्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पुनिका या जिन्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए			
Date of Surgery ऑपरेशन को तारिख ७५ ०३ 24	LINAMANTOR & Regar Roughth Stamp) Since on the a sensite of the a	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory ক্ষিত্ৰ (Market Signatory ক্ষিত্ৰ (Market Signatory ক্ষিত্ৰ (Market Signatory ক্ষিত্ৰ (Market Signatory		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	UNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्		
SIGN	NATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तावर 2		
(5	efergel	ect.		