1 14		1/10	M- (	- 24-07	-053	74	触	
APPI		DRM FOR ASSISTAN तू आवेदन प्रारूप	CE	(Health (स्वास्थय			Koshika	
APPLICATION No. : भावेदन संख्या :	M1032	4/1353	आयेद	Real 05	03/24	4	Building block of life	
IAME of APPLICANT : शबेदक का नाम	1 1	o devia		AGE-YEARS ST	पु-वर्ष SEX	fight		
ATHER'S/SPOUSE'S ता/कटुम्म का नाम		rada Pras	ad			A.	HE - LEMATH WE	
dhase	LA ANIX	PRESENT RESIDENCE ADD	Khegu	मान आवासीय पता १ – ८० k	PROX	1466	NO-MOTION ON ASSESSMEN	
CUITA	t)	Har Para	lesh-	2627		- 9	Tree Post	
	P	RMANENT RESIDENCE ADD						
		Same	as	ahove				
DOCCUPATION: HOMENIL KET MARRIED (FOR						(বিব্যারির) / U	NMARRIED (अधिवासित)	
OTAL ANNUAL INCOM ल वार्षिक आय	AE:	6 - (1)	mily	1	(Attach P	roof of incom साक्ष्य संलग्न)	0)	
AN No. स्थाई खाता संस	ज्या			)	C-11.3.51	3004.7. 1000.07	( <del></del>	
RE YOU AN INCOME । आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE ( है (जो मान्य हो उ	lick whichever is applicable) स पर सही का विशान लगाये।		Yes / No हाँ / नर DETAILS परिवार	ĝ			
Sr. No.		me of Family Member	A	ge (Years)	Gender लिंग		Relation with Applicant	
कम् सध्य	पार	परिवार के सदस्यों का नाम		उम्र (वर्ष)			आवेदक के साथ सम्मध	
	-		_			_		
			-			===		
			-					
		BASIS for REQUESTING	3 ASSISTA	NCE (Tick which	ever is applica	ble)		
		सहायता के लिये	वनति आधा					
BPL Card (Attach Card Copy) मरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संसन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छस्च प्रति संलग्ग करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साया प्रीड संस्थन करे।		। करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
				l ESTING ASSIST ये विनती का उद्दे				
Sr. No. कम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी ∕की गई प्रतिकेदन सुची संसम्न						
304 tion	Thad	Thadhosis 18- Senie Cataract						
	0	10-10-6		-	0	1	2.1.	
					- Ove	nile	lature !	
		0.		٦,	0		as comp	
-4	(2)US	1969W N 2 -	2117	wh	Vmm	A CE	hs (9DV)	

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राजी

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्त्रोत का नाम

1336

क्रम संख्या

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हारा 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.
- 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 घोषणा करता हैं कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के जनुसार सत्य एवं सड़ी है। मदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहस्यता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", में ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेंदू यह प्रार्थन की गई है, उस गति का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खेतानियोजक/सीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिषय में लूँगा।

## 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 प्रदत्र पर अपने इस्तक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्यासीचें " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवाग इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् त्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा ताम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के प्रस्ताधर या अंगुटे का निमान

## AGREEMENT by HOSPITAL (STATES IN SEC.)

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:

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.
 The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the

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 को ओर से मामले-रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

- 1) यह कि न शो वर्तमान और न हो भविष्य में विविध सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, मैसे कि इसने "कॉशिका फाउन्टेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्टेशन" द्वारा महायता विनित्त अधिकार सक्ता के के अस्पताल किसी अन्य संस्था था किसी अन्य सन्धापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्मष्ट कहा काता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य सम्बंधन से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विदिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई मलाह या किये गये उपचाधप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्थताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पतास को होगो और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR ऱ्यीकृती के लिए				
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr MAZHAF NUMHAN M.B.B.S.M. STAND) (Name of Div& @grFNa, with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्ष्म व रवि. न.	(Name, Designatory of Authorised Signatory of Kehalf of Hospital) নাম ব ধং ভ্ৰমনের অধিকৃত অধিকাট			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	DUNDATION अन्तरिक उपयोग हेत्			
SIGN	NATURE of TRUSTEE 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताकार 2			
ξ	fungel	lite_			