VAN-C-24-02-0538

APP	LICATION F	ORM FOR ASSISTANCE	(Hea	Ithcare)		201:1	
	सहायता ।	हेतू आवेदन प्रारूप	(स्वास्थ	य देखभाल		foundation	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V/oaa	4 11667	APPLICATION DAT आयेदन तिथी	E: 08/0	2/24	nuithing block of life.	
NAME OF APPLICANT: Tharmpal Singh			AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग YY M				
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: Rac	the shyann	9	٩	M		
	N. C.	PRESENT RESIDENCE ADDRES	S वर्तमान आधासीय	पता	15	PASTE PHOTO HERE	
Sasni,	. 0 .0		/			Porcop Postop	
	Rustt. J	LATINIAS, U.P.	20421 <i>6</i> इ. स्थार्ग आवासीय प	ता		1-1-06 109-06	
		same as	above				
OCCUPATION :	L	abour		MAR	RIED (विवास	ান) / UNMARRIED (अविवाहित)	
OTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	ME:	60001-	(Attach Proof of (आय का साहय			Income)	
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME	खवा	(Tick whichever is applicable):	900		Chronia de la compansión de la compansió	JVH	
या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो व	उस पर सही का निशान लगाये।	Yes /	नहीं			
Sr. No.	N	ame of Family Member	Age (Years)	-	nder	Relation with Applicant	
क्रम सख्या	Poos	रिवार के सदस्यों का नाम 🛱	उम्र (वर्ष)	F	लंग	आवेदक के साथ सम्बध Wife	
2-	La	Khan	30	1	Ч	Son	
		BASIS for REQUESTING ASS	HOTANICE ITLE		-00000		
		सहायता के लिये विनति	SHALL LICK MIN	bever is ap	piicabie)		
BPL Card (Attach Card Copy)		EW5 Certificate (Attach Certificate Copy)	Certificate Copy) (Attach Co			Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आपा प्रति संलग्न करे।		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्षत्रा प्रति संलग्न को		उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाचा प्रति संसान करे।		अन्य कोई साध्य	
			REQUESTING ASSIS				
Sr. No.	medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारो को गई प्रतिबंदन सूची संलग्न AE - Cadarac f							
	LE- Cataract						
	Surgery- (RE) - SICS					+ PMMA	
		ASSISTANCE BEING AVAILED TO	r SAME "PURPOSE	" from OTH	ER SOURCE	is .	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रो Sr. No. NAME of OTHER SOURCE					खोत से लिया गया हो?		
क्रम संख्य	DRC	अन्य स्वीत का नाम		ली गई सहायता राशी			
	UBC	A		20	00/-		
Sr. No. NAME of OTHER SOURC कम संख्या अन्य स्वीत का नाम				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIL			

## DECLARATION by APPLICANT: आनंदक द्वारा पोपणा 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.
- 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.
- में घोषणा काता है कि इस आरूप में दियं गयं सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं बच्चन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायशा निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता तका "कोशिका जाउन्हेंजन", से ली जा रही है, उसका उपयोग हुआ उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- में पृष्टि करता है कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थन को गई है, उस गणि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य मोत/निमोजक/बीधा कम्पनों में न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक हात 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर पा अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाठंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में कोशिक है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से खुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाठडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहयत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्कतः सहायता का क्ष्मदार नहीं बनाता। इस सन्बंध में "कोशिका" एक्स उसके न्यासियों का निर्णय औठम और काव्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (अम्पतास 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 8 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

हमारे अधिकृत, इस्तावारों को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्होशन" से वितिय सहायता हेतू सिफारिश की बाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविच्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उका रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होशन" से सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्होशन" द्वारा मदद हेतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्होशन" द्वारा सितारिश/विनति अशिका/सकल हेतू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सितारिश के सम्पताल किसी अन्य स्वारा से महायता लेने का अधिकार सुर्ग्धित रखाता है। इस पृष्टि में स्वष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत रोगी/मामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य सो नहीं लेगाएलोगी।

2. "कोशिका फाउन्देशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। येगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलता या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में येगी के इलाज सुरक्ष और आवे व्यक्ति साने जिस्मेदारी येगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Salar as a contract of the con	POMETRY STRUCTURES OF THE CONTROL TO THE STRUCK SHE STRUCK	(0.)		
	RECOMMENDED FOR AC स्वीकृती के लिए सं			
Date of Surgery ऑपरेशन की लगरेख क्राचित्र विश्व	DR. PRAVEEN SEN SAAHI (Marrie of Dr. & Regn. No. with Stamp) R表现的 每日前 者 张明明是 母 顶。元	(Name, Designation & Stemp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्यताल अधिकृत अधिकारी		
-	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	DATION आन्तरिक उपयोग हेतू		
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताकृत ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तक्षर 2		
8	dury!	2:18		