	सहायता ।	ORM FOR ASSISTANCE हेत् आवेदन प्रारूप		(Healthca (स्वास्थय देख		Koshika		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V1032	1/1793	APPLICAT	TON DATE: 18	103/24	Building block of life		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Vimle	e sh		YEARS जायु व				
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: A	avindra kum	aur	Und				
Dhon	gaon,	PRESENT RESIDENCE ADDRES	SS वर्तमान ३	श्रावासीय पता		2 and for the		
	aust	- Machuta, U. PERMANENT RESIDENCE ADDRES	्रिः स्थाई अ	/ ७० ९		Pureop Postop		
		Same as	abor	e				
OCCUPATION : अवस्थाप	Ho	me make	7	1	MARRIED (Parille	त) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: श्रुल वार्षिक आय S7050/ (Family) (आप का साक्य संर								
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):		Yes / No				
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो :	इस पर सही का निवान लगाये।	AMILY DETA	हाँ / नहीं JLS परिवार विव				
Sr. No.	N.	ame of Family Member	Age (Y	the state of the s	Gender	Relation with Applicant		
क्रम संख्या	11556	रिवार के सदस्यों का नाम 2000/19	उम् (<i>न</i>	चर्ष)	fefn	आवेदक के साथ सम्बध		
	9	and the same of th	T.		IV	Husband		
2.	Mas	104	3	2	M	SON		
3.	ivya		32		F	paughter intaw		
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनरी	SISTANCE	Tick whichever	is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीबे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलम्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न व	Ration (Attach उपभोक्त (प्रमाण पत्र की छाप		Copy) कार्ड प्रति संसन्त करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
		"PURPOSE" for सहायता हेत्		ig assistance त्री का उद्देश्यः				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached कम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संलग्न								
	ME- Cataract							
	LE- Cataract							
		Surger	y- ((g)	1 205 5	t PMMA		
		ASSISTANCE BEING AVAILED I	or SAME "Pi महायता कि	URPOSE" from सी अन्य स्थोत से	OTHER SOURCE	ES		
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम		AMOUNT o		f ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशी		
15	COBCS			20	00/_			
	_							

DECLARATION by APPLICANT: आवंदन द्वारा चीवणा पन:

- 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.
- 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 चोषणा करता है कि इस प्रक्रिय में दिये गये सभी विशरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि बांई विवरण एवं कथन अमल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता गाँक "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायक हेतु का प्रार्थन की एई है, उस ग्रांश का आशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य ब्रोत/नियोजक/कीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भीवष्य 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.
- 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 हस्त्राक्षर या अंग्रे को द्वाप लगाकर, में (आयंदक) अपनी सहमति को पुन्दि करता हूँ एवं "कोशिका फाइडेशन और इसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पतः, फोटो और जो विकाण इस प्रपत्र में खोषित है, उसे "कोशिका" एनम् न्यासी, दान, याचना/वा दुसरे उद्देश्य से जुडी गतिबिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवारण मेरे इलाज के पहले था बार में करने के लिए "कोशिका पवडडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण वो कि सहामता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का शकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसमे न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आयेरक के हरशास या अंगड़े का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (states gro were)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

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, हस्तावरी की ओर वं मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्टेशन" से वितिय सहायता तेतु मिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं। यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय महायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगो/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्टोशन" द्वारा भरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेन का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

"कोशिका फाउन्डेंशन" से ली गई महत्यता केवल चितिय प्रकृति की है। ऐंगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार प्रक्रिया का चुन्त प्रिति पर्य हस्पताल

के बीच का विषय है और "कॉशिका काउन्देशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अने बीचे की सारी विश्वराधि रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMEN	DED	FOR	ACCEPTENCE
स्वीक्ती	कं	लिए	संस्तुति

Date of Surgery 12/03/24

(Name of Dr. & Redn) No. with Stamp) हाक्टर कर नाम व इस्ताक्षर व राजि, न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ञान्तरिक उपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2