VRN-P-24-03-0860-N

APP	+	(Healt (स्वास्थय		* .	Koshika					
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	CE+11625010			APPLICATION DATE : 13/03/24			Suiliting black of life.			
NAME of APPLICANT	Tural	1.		AGE-YEARS ST		SEX शिंग	enir Ceenir and C			
NAME of APPLICANT : TWY				60		M	atron a lint ar l			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: Sa	mam					al Re bibli			
Somebur		PRESENT RESIDENCE ADDRE	SS 3	र्तमान आवासीय पर			PASTE PHOTO HERE			
	- 0	am umiao,	24	may 45th	eda		Breop Postob			
- Cu	att Bhar	PERMANENT RESIDENCE ADDRE	ss: T	राज्यति अवसीय पता	03		10000			
		same as	260	We						
OCCUPATION ! व्यवसाय		bour			(MA	BAKED (विवासि	ন) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	C	1000/-				ttach Proof of आय का साक्ष्य				
PAN No. स्थाई गाता सं	TAV ASSESSES	(Tick whichever is applicable):					C. M. E.C.			
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उ	(Fick Whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes/No Ei/∃						
4		F	AMILY	DETAILS परिवार						
Sr. No. क्रम संतुषा	Ni Vi	une of Family Member स्वार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उद्गु (वर्ष)	(Sender	Relation with Applicant			
1.	Chan	hal		36		<u>स्थि</u>	आवेदक के साथ सम्बंध			
2.	Wi	Vishnu			m		Son			
3. Ja		ya		32		F	Daughter in Law			
	1	//·					J.			
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विजी	SISTA	NCE (Tick which	ever is a	pplicable)				
BPL Care (Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की सामा प्री	Copy) प्रमाण पत्र	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अरुप आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण गत्र की छादा प्रति संलग्न व		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड			Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य			
				l JESTING ASSISTA ापे विनती का उददे						
Sr. No.	T			Reports/Prescr		Attached				
क्रम संख्या		अस्प								
	अस्पताल/डॉक्टर से जारों की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न AE — Cotoract									
	LE- Cataract									
		Surge	PMMA							
		0 ()							
		ASSISTANCE BEING AVAILED I	or SAI	ME "PURPOSE" (rom OT	HER SOURCE	S			
Sr. No.		इस उर्देश्य के हेतू कोई अन NAME of OTHER SOURCE		रता ।कसा अन्य स्व	वत स हि		ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या	अत्य स्त्रोत का नाम						ली गर्द सहायता राशी			
(+		2000/-			00/-					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा योषणा 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.
- में घोषणा करता है कि इस प्रक्रण में दिये गये सभी विश्वरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे इस जो सहायता एति "काशिका फाउन्टोशन", में ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायत हेतु पढ प्रार्थन को गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोतानियोशक बीमा कस्मनी से न तो लिया है और न हो पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अयवेदक क्या 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 हस्ताक्षर या अंगठे को काप लगाकर, में (आजेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, थता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिथिधियों और उपलब्धियों के सिवे किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसासित करने के लिए आधवृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में वारने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी आधिकृत है।
- 2) मैं (आकेरक) इस बात से स्नामत हैं कि मेरा नाग, पता, फोटो और विकाण जो कि सहस्यता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहस्यता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्मकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के एस्तावर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (शस्पताल 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

हमारे अधिकृत, इस्ताहरों को जार से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सक्तवता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि व तो वर्तमान और न ही पविष्य में विशिष सहायता किसी गैर सरकारी संख्यान या किसी अन्य स्थीत में उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा भरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर शरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन से महापता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कांशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंवल वितिय प्रवृति की है। रोगों पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनाय-रोगों एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और अन्य की नारा किस्पेटार्स रोगे, एवं हस्पताल

की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मागले में नहीं होगी। Administrato

R	ECOMMEN	DED	FOR /	ACCEPTENC	E
	स्वोक्ती	को	लिए	संस्तुति	
_		_	_		_

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/03/24

(Name of Dr. & Segle No. with Stamp) हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व राजि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्यताल अधिकत अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ऱ्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2