

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	410424/006 (210/23)	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	12/4/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Mc Ram Praveen	AGE-YEARS आयु-वर्ष	55
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/काकुल का नाम:	Shyam Sunder		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: जापान आवासीय पता 145, Bokali Farm House, Ghilani New Delhi			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: राहगे आवासीय पता Uttarakhand			
OCCUPATION: ज्यवाला	MARRIED (मिहिल) / UNMARRIED (जिविलिल) (आप का शाश्य संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	Rs. 1.20 Lacs (Attach Proof of Income) — (आप का शाश्य संलग्न)		
PAN No. स्पार्ट खाता संख्या —			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ज्ञा आप आद कर याता है (जो मात्र हो उस गर मही का निशान लगाये)			
FAMILY DETAILS परिवार परिवर्णन			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
①	Sunita	50	F
②	Abhishek	22	M
③	Alka	28	F
			Wife
			Son
			Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये चिनी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गटीबी रेह के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प मात्र वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सार्व
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिनी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आयी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	Diag:- RF Cataract		
	Surj- RE Phaco + IOL		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED सी रुपौ सहायता याची	
		446	

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पेलेंट हारा दोषात् पत्रः

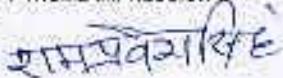
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that, assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "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.
- मैं बोलता हूँ कि इस प्राप्ति में विवरण में जनकारी के अनुचित स्वर्ग यही है। यदि कोई विवाह एवं जन्म अस्त्रव पाया जाता है तो यही गहाता निष्ठा की जा सकती है।
- मेरे द्वारा आवश्यक पत्र "कोशिका फाउंडेशन" से ले जा रही है, उसका उपर्युक्त उभी अधिकारी के लिए विवाह आया, जो इस प्राप्ति में भाग गया है।
- मैं युक्त करता हूँ कि निष्ठा गहाता देने वाले प्राप्ति यही गही है, उन चारों का जारीका य सकल दाता विवाह अग्र झेड़विलोवकर्ड्वेन कामली से न तो लिख है और न ही विवाह में है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा करा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
- (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 in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्राप्ति पर अपने दातावाहर या अंगठे पर आप दातावाहर, ने (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि दिया है कि "कोशिका फाउंडेशन और उनके नामोंयों" को अधिकृत भाव है विवाह से यह नाम, नाम, नामों और आवेदक के विवरण इस प्राप्ति में छोड़ा जाये, यदि "कोशिका" एवं नामों, नाम, नामोंयों द्वारा उद्देश्य में तुर्दी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए विवाही भी अस्तर यात्रा या प्रयोगित करने के लिए गोप्यकार हैं। मेरे प्रयोग या विवरण ने इनाम के गहरी या बहुत मेरे कानों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" पर न्यासी अधिकृत है।
- मे (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, नाम, नामों और विवरण जो कि सहमति के उल्लंघनों से प्राप्ति है युक्त स्वरूप; महापत्र का हक्कार वही पताता। इस वर्णने वे "कोशिका" एवं उसके नामोंयों का निष्पत्ति अंतिम और वार्षिकी होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के दातावाहर या अंगठे का लिखा

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताक्षर द्वारा करा)

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, in 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 its 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

एकांक अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सामर्थ्यों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारीश की जाती है, जिस इम (हस्ताक्षर) जिस प्रबार से यात्रा या स्वीकृत करते हैं।

- यह कि न तो बोलान और न हो गद्दिया है विविध सहायता सिफारीश द्वारा जारी करने वाली सभी स्वेच्छा से उक्त देशों/पाल्सों में सोने या ले लो है, जैसे १५ हजार "कोशिका फाउंडेशन" से हिन्दूराष्ट्रियनि उनके सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यद्यपि हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्रापत्र विविध अंतर्राष्ट्रीय/सकल देश न्युन्यु जो किया जाता है तो अस्पताल किये अन्य और सरकारी संस्थाएँ या दिवारी अन्य समाजान से सहायता लेने का अविकार दृष्टित रखते हैं। इस पुस्ति में स्वेच्छा कहा जाता है कि अस्पताल हिन्दूराष्ट्रिय मद्द उन संगीयामते हेतु कियी गई सरकारी यथा या दिवारी अन्य समाजान से नहीं लेना चाहता।

- "कोशिका फाउंडेशन" से नीं यह यात्रापत्र कंपन्य विविध प्रदूषित नहीं है। रोगी पर इसका द्वारा यही गहरी या बहुत गहरी एवं अस्ताक्षर के बोल का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का आई यात्रा नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुलझ और अन्य जान की साथी विमोदारी रोगी एवं अस्पताल को होनी जैसे "कोशिका" द्वारा दियी गयी या विमोदारी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

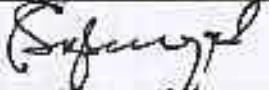
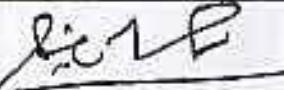
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगठी की तारीख <i>12/4/24</i>	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दृष्टावाहक का नाम व दातावाहर व रोगी नं.	Dr. Rohit Harrison Chief/Associate/Designation/ & Stamp of Authorised Signatory Shroff Eye Centre behalf of Hospital नाम व वर्ग दाता वाहर अंगठी की अधिकृत
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

आनंदीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी दातावाहर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी दातावाहर 2 
--	---