APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्यव देखमाल)					Koshika
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : NAME of APPLICAN आवेदक का जन	Kari	125/0028 Shoq pol Siv	APPLICATION DATE आवेदन तिपति \$ AGE-YEARS	04/25 गपु-नर्ग SEX सिंग	Building I
Bagus es	U-He	PRESENT RESIDENCE ADDRE	- 262904		Boop Postop
OCCUPATION : ञ्दलसाय TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	OME: (35	10001	armen	(Attach Proof of le (आय का सास्य क	
PAN No. PUTE THE PARE YOU AN INCOME OF THE SITE SITE SET THE	H TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निश्चन लगाये।	Yes / N 8i / T	o sî	ONLY.
Sr. No. क्रम संख्या	प	Name of Family Member परिचार के सदस्यों का नाम		विवरण Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सन्बंध
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विना		ever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संसन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आम वर्ग प्रमाण पड (प्रमाण पड़ की झमा प्रति संसम्प	(At	ption Card tach Copy) भोक्ता कार्ड । जया प्रति संसान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
			or REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उर्		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्प्रशास/डॉक्टर से आरी की गई प्रकेवेदन सूची संसग्न				
			UF X	eni u	Cataract
	ding	ory 45 521	alth	والعارا	ng tens com
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेत् कोई अ	for SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	
Sr. No. ऋम संख्या	NAME of OTHER SOURCE		RCE	AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रकृष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाथ पाथ जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ग्रीश "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकृष में भग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करत हैं कि जिस सहायत हेतु वह प्रार्थन की वह है, इस गाँश का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रेत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (आक्ट्क 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 soliditing 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 प्रयत पर जपने इस्ताधन या जंगते को साप समाका, मैं (आवेदक) जरूनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में मोबित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामो, रान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिये किसी भी प्रसार माध्यम से इसरित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथत का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (अवदेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, यता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकारार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवन् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बान्सकारी-होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्साधर या अंगृडे का निरान

AGREEMENT by HOSPITAL (शस्त्रांशल क्षण 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 in the matter.

हमारे आधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से पामले रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु शिकारिश की जाती है, जिसे हम (हरक्ताल) निम्न प्रकार से पान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो पविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन"

- से सिफारिस/बिनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" इस महद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनति आसिक/सकल हेतु सन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य पेर सरकारी संस्था था किसी अन्य सन्साधन से सहायात लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उसत रोगी/मामले हेंद्र किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। येगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचर/प्रक्रिया कर चुनाथ रोगी एवं इस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" झए किसी प्रकार का कोई रबाध नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल

की होगो और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

luhi PanWal स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख

08/04/25

B.B.S., M.S M.C. 115579

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताधार व राजि. न.

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

HIV Eye

आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर ?

Deep