7 6 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7		RM FOR ASSISTANCE ् आवेदन प्रारूप	(Healti (स्वास्थय	ncare) देखपाल)	Koshika		
APPLICATION No.: W	1/042	5/0034	APPLICATION DATE	04/25	****		
NAME of APPLICANT :	1-1-	1.0004		g-ad SEX fe	रंग		
आवेदक का नाम	Subon	In Kuman Sha	Kan 59	M			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME THE TELL THE TEL		Taule Ran PRESENT RESIDENCE ADDRESS BELIAM			MA SURVINO CONSTRAIN		
8-how	hala	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पत	Behian	PASTE PHOTO HERE		
	A STATE OF THE STA				Boop Postop		
	PE	PHONES H - S	स्थाई आवासीय पता		- Loop resion		
		same at	dhave				
	D.						
OCCUPATION : व्यवसाय	ber	men.		MARRIED (R	वाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आप	40	10001-6		(Attach Proc (आप का स			
PAN No. स्पाई खात संख्या ARE YOU AN INCOME TA)	(ASSESSEE (T	ck whichever is applicable):	Yes / No	0			
क्या आप आय कर दाता है (	जो मान्य हो उस	पर सही का निशान लगाये।	हाँ / न MILY DETAILS परिवार				
Sr. No.	Nam	Name of Family Member Age (Years		Gender	Relation with Applicant		
क्रम संख्या	परिव	ार के सदस्यों का नाम	उम् (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध		
		A					
	10:11						
		Z.,					
		BASIS for REQUESTING ASSI सहायता के लिये विनति	STANCE (Tick which	ever is applicable			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संसम्ब करे।		(Attach Certificate Copy) (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपप		ation Card tach Copy) मोक्ता कार्ड चिया प्रति संशान क	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साहय		
			EQUESTING ASSIST ह्ये गये विनती का उद्दे				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन्त सुची संलग्न						
NH HON	AHONG	HOANDER RIE NE NOU TOLOUTOL					
	ALE SPAIN ECHANOST						
			1.6. 19.	neo-	- Augustus		
	lingo	4 RESTE	र धीर	h Pru	Mg Jens and		
	1	J					
		ASSISTANCE BEING AVAILED to इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य	r SAME 'PURPOSE'	from OTHER SOL	JACES		
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE			NT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या		OBC(		290	लो गई सक्रयता राशी		
	W	200		4000			

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कोयणा पत्र:

- 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.
- 1) मैं पोपणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महावता निरस्ट की जा शकती है।
- 2) में द्वारा जो सहस्थत राति "कोशिका फाउलोहान", से सी का रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घट गय है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि बिस सहायता हुत यह प्रार्थना की गई है, उस गरिंग का मोतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत-नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लैंगा।

## A.GREEMENT by APPLICANT (अवदेशक 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.
- 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 प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो जिल्लाण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याधना/फा दूसरे उन्होंरथ से खुडो गांतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहस्यता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB MPRESSION

आवेषक के हमशाबर पा अंगुटे का निरान



## AGREEMENT by HOSPITAL (SPINING ERI WER)

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, 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.
- हत्यां अधिकृत, हस्ताधारे की ओर से मामले-ऐगी को "कोशिका फाइन्द्रेशन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पतात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उका रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफानिश्चिवति उका के सन्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा भदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनति आंशिक/सकल हेतु मन्दूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सन्वाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राधता रखता है। इस पूर्ण्य में स्थाय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल विशिय प्रकृति की है। येगी पर हस्पताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल
- कं बीच का विचय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने काने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृथिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

		ED FOR ACCEPTENCE Deepak Tripathi		
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख	Dr. Juli Pall	Or. Shroff's benuty Eye		
09/04/25	U (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp डाम्टर का नाम व इस्ताक्षर व र्राट. न.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ৰ মং হনবাল অমিন্ত স্থামন্ট		
	FOR INTERNAL USE of KOSH	HKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्		
SIG	NATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताहर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तासर 2		
8	refunge	lite		