APPL	ICATION FORM सहायता हेत् अ	FOR ASSISTANCE गवेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)		Koshika foundation	
APPLICATION No.:	CIAUSTI	0026	APPLICATION DATE :	17-4-2025	Building block of life.	
APPLICATION No.: S/0425/0036 APPLICATION DATE: 17-4-202 आवेदन संख्या : S/0425/0036 AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग अभियुक्त का पाप Music Radha 52 F						
FATHER'S/SPOUSE'S । पिता/कटुम्प का नाम	144	· Rakesh				
house Ilne Sahari Uttori Brad	no - 1 b dubiga pl th publ PERMA SALY	NARUH SA NENT RESIDENCE ADDRES	ny Saha	khalasi Tanpusi 19 19 19 19	Prou op Postop Radha (0036)	
OCCUPATION :	Home	maker		MARRIED (Parise) / UNMARRIED (সবিবাচিत)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आप	50,0	00 / famil	y Pricome	(Attach Proof of It (आय का साक्ष्य स		
PAN No. स्थाई खाता संर ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE (Tick w	(. ' hichever is applicable): सही का निशान लगाये।	Yes / No डॉ / सुद्धी	/		
	FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. ऋम संख्या	Name of	Family Member	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक, के साथ सम्बंध	
314 (1994)	परिवार के सदस्यों का नाम		54 14		Husband	
(2)	Mehst		28	M	Son	
(3)	Meten		25	19	Son	
	1					
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विना		ver is applicable)		
		अध्यक्षा सं ।दास ।सा।			1	
BPL Card (Attach Card Copy)				on Card ch Copy)	Any Other	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपमे		क्ता कार्ड	Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।			प्रदे। (प्रमाण पत्र की	। (प्रमाण पत्र की क्षापा प्रति संलग्न करे।		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:						
			किये गये विनती का उद्देश			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिचेदन सूची संलग्न					
TOTAL STREET	<u> </u>	10001				
Diagnosis - RE- PSEUDOPHACIO						
PINTIGORIO PER TORNO DE LA CONTRACTORIO DE LA CONTR						
LE- Total Senill Catalact						
SUMACHUM - LE- STCS WITH PMMA						
U U						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES						
इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो?						
Sr. No.				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या		271	ली गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: आनंदक द्वारा घोषणा 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 योषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण भेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहागत निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता गाँश "कांशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी वरेश्च की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मरा गया है।
- में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का आशिक या सकता शिस्सा किसी अन्य खोतानियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो भविष्य में लूँगाः

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 प्रयत्र पर अपने हन्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटा और जो विविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसार नाष्यम में प्रसार नाष्यम में प्रसार नाष्यम में प्रसार नाष्यम मेरे करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेश्क) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है पुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" ध्वम उसकं न्यांक्यों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्थएक के हस्ताक्षर या अंगृते का निशान



Pself

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वरा 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 अधिकृत, इस्ताक्षती की आँर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती हैं, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो परिवाय में बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"
से सिफारिश/बिनिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित ऑकिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वग्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लंगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी यर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery ऑपरंशन की तारीख 17-11-2025 (Name of Surgery) (Na