APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)							Koshika	
APPLICATION No.: V/0625/0211 आवेदन संख्या :			APP आवेद	APPLICATION DATE : 16/06/25			Building block of life.	
NAME OF APPLICANT : Ratan				AGE-YEARS STIG		SEX लिंग		
						M		
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्भ का नाम		n. Het						
		PRESENT RESIDENCE A	DDRESS व	र्तमान आवासीय पता			A THORNE	
Banawa	4,0	hist-Bha	7074	01			Breof Postop	
Rayasthan, 321203							P	
	PER	RMANENT RESIDENCE A	DDRESS: ₹	थाई आवासीय पता	_			
		same	as	above				
occupation: Fourmer (%) / UNMARRIED (তাৰিবাটিব)	
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आप			(Attach Proof of Income) (आय का सास्य संलग्न)					
कुल वाक्षक आप PAN No. स्थाई खाता संख्य		5000/				TAME NOT INVESTIG		
ARE VOIL AN INCOME TA	AX ASSESSEE (T	ick whichever is applicat	ole):	Yes / No		1		
क्या आप आय कर राता है	(जो मान्य हो उस	पर सही का निशान लगाये		हां / नर Y DETAILS परिवार	_	71		
Sr. No.	More	ne of Family Member	FAMIL	Age (Years)	1445	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	, परिव	शर के सदस्यों का नाम		उम्र (वर्ष)		लिंग -	आवेदक के साथ सम्बध	
	Kela	D +V/		+1				
2,	Virendia			34		m	Son	
	Khavna			30		F	Daughter in law	
3. B		Nav-7/A						
	J	BASIS for REQUES सहायता के वि	TING ASSIS लेवे विनति अ	TANCE (Tick which	never i	is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्त्रया प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसम्न करे			Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
		"PURP	POSE" for RE	QUESTING ASSIS ये गये बिनती का उप	TANC वेशयः	E:		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached							
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						7	
IVet Se	811		Catariact					
	-							
E LEU L	Trycl	LE- Catariant					William Control	
							Artu at the second at the seco	
11111	VO	SUMMERLY - RED -SICS JCS + PMMF						
Swig-ery- (16)-5703 703 71								
		ASSISTANCE BEING	AVAILED fo	SAME "PURPOS	E" from	n OTHER SOUR	CES	
NAME LOTUED POL				अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया १ IRCE AMOU			T of ASSISTANCE BEING AVAILED	
Sr. No. क्रम संख्या	अन्य स्वीत का नाम			-			लो गई सहायता संशी	
1.	DRC	DRCS			+	2000/		
- V					1			
	1							

DECLARATION by APPLICANT: आवंदक 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.
- 1) मैं भोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दियं गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्ता की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता गाँठ "क'शिका फाठन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस त्रांग का आणिक वा सकत हिस्सा किसी अन्य बोत/नियोशक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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.
- इस प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगर्ड की छाप लगाकर, मैं (आगेदक) अपनी सहमाति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम. पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में पोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचनात्या दूसरे ठट्देश्य से जुडी गतिविधयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्र का विकाण मेरे इसाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देरमें से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बगाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसकं न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारो होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (games gra war)

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 Koshike 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, हस्ताक्ष्मी को ओर से मामलेश्येगो को "कोरिएका फाउन्हेंशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की खाती है, जिसे हम (हस्पतास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो बर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से दक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्ट्रेशन" में सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाठन्रेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाठन्देशन" द्वारा सहायता विगति आशिक/सकल हेतु सन्दर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्डेशन" में ली गई महापता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार,प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं <u>हस्</u>य के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशक नहीं है। इसलिये हस्थताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को को होगी और "कोशिका" की कोई धृमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नडी डोगी।

DR. PRAVEEN SEN SHAPFCOMMENDED FOR ACCEPTENCE MBBS, DNB, OPHTHALMONOGY स्वीकृती के लिए संस्तृति Administrator Date of Surgery Reg. No. 97415 Time......Date (Name, Designation & Sales of Authoris (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी आन्तरिक टपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 1