(-25-07-0125

APPLICATION No.: A) 0735 0213 apreciation of the control of the co			RM FOR ASSISTANCE 1 आवेदन प्रारूप		(Healthe (स्वास्थ्य वे	(समाल)	Koshika
RAME OF APPLICANT:  SOPEO BY SON  ROBERT AND SAME:  PRESENT RESIDENCE ADDRESS Wides SHOUTHY WITH THE PRESENT RESIDENCE ADDRESS Wides SHOUTHY WITH THE PRESENT RESIDENCE ADDRESS WIDES WITH SHOUTHY WITH PRESENT RESIDENCE ADDRESS: WITH SHOUTHY WITH THE WITH SHOUTHY WITH THE WITH TH		Ala-	125/0279	APPLI	CATION DATE :	03-07-25	Building block of life.
ANAMARIS OR STANCE BEING AVAILED FOR SAME THE SUPERISON WITH A STANCE BEING AVAILED FOR STANCE BEING AVAILED FOR STANCE BEING AVAILED FOR SAME THE SUPERISON WITH A STANCE BEING AVAILED FOR SAME THE SUPERISON WI	NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS ST		A 6
PRESENT RESIDENCE ADDRESS and a simulation of the proof of income)  AD 19 HATT S 2 LOST  PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Truit summitty visi  TOTAL ANNUAL INCOME:  SERVICE TOTAL STREET STREET  FAMILY DETAILS "Titled" feature  FAMILY DETAILS "Titled" feature  SERVICE TOTAL STREET STREET  FAMILY DETAILS "Titled" feature  SERVICE TOTAL STREET STREET  FAMILY DETAILS "Titled" feature  FAMI			Contract Contract				
PREMANENT RESIDENCE ADDRESS: रचाई अववायीय पत्त  PREMANENT RESIDENCE ADDRESS: रचाई अववायीय पत्त  PREMANENT RESIDENCE ADDRESS: रचाई अववायीय पत्त  Relation Medical Proof of Income) (Attach Proof of			PRESENT RESIDENCE ADDRE	ss वर्तम	।।न आवासीय पता	A+	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रचार्च अवस्थायीय पांचा  Residence Address of the State of State	Village- Ka	nkroli	, Teh- Kath	uma	r. 518	4-HIDER	
DOCUPATION: Prome my key MARRIED (विवर्षका) / UNMARRIED (विवर्षका) (अपनाविका) (अपनाविका	(4)	91than-	821605		I america war		
DOCUPATION:		Pt	The state of the s	35: 64	इ आवासाय पता		Preop Postop
प्रविद्या परितास (Attach Proof of Income) पूरत वार्षिक आप  इन्हित वार्षिक आप  5 6 000							
TOTAL ANNUAL INCOME  प्रमुख आर्थिक आप	OCCUPATION:	rene m	Les			MARRIED (1991	हित) / UNMARRIED (अविकहित)
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): अन आप आप आप सार पाता है (ओ मान्य हो उस पर सही का निशान नगणये।  Sr. No.  Name of Family Member  Age (Years)  FAMILY DETAILS परिवार विद्याप विद्याप  Age (Years)  Gender  Relation with Applicant  Applicant  Age (Years)  Gender  Relation with Applicant  Age (Years)  Gender  Relation with Applicant  Applicant  Age (Years)  Gender  Relation with Applicant  Applicant  Applicant  Applicant  Any Other  Basissifor Card  Any Other  Basissifor Card  Any Other  Basissifor Card  Any Other  Basissifor ReQUESTING ASSISTANCE:  Resulted Scopy)  Are abid stieve with  Are Relation and Applicant  Are Applicant  Any Other  Basissifor Card  Any Other  Basissifor Card  Any Other  Basissifor Card  Any Other  Basissifor Requesting Assistance:  Resulted Scopy)  Are abid stieve with  Are Relation and Applicant  Any Other  Basissifor Card  Any Other  Basissifor Card  Any Other  Basissifor Requesting Assistance:  (Sumu var abid serve with abid stieve with ab	TOTAL ANNUAL INCOME बुल वार्षिक अप	560	1 10			(Attach Proof o (आप का साहर	fincome) संसम्ब) NA
अवा आप आप कर पाता है (को मान्य हो उस पर सही का निशान समायों  FAMILY DETAILS परिकार विकारण  Sr. No.  Name of Family Member परिवार के सर्पयों का नाम परिवार के सर्पयों का नाम अविकार  अ	PAN No. THE BIRL THE ARE YOU AN INCOME TA	II AX ASSESSEE (	Tick whichever is applicable):		Yes / No		
Sr. No.	क्या आप आप कर दाता है	(जो मान्य हो उ	प्त सही का निशान लगाये।	FAMIL VI			
1 - Manny 85 M Hisdand  1 - Manny 85 M Hisdand  2 - Mishard 96 F John Son  BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  सहायता के लिये विनति अभार  BPL Card  (Attach Card Copy)  गरीवी रेडा के नीचे प्रमाण पत्र  (प्रमाण पत्र को छाया प्रति सांस्य करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता हो किये प्रमाण पत्र को छाया प्रति सांस्य करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता हो किये प्रमाण पत्र को छाया प्रति सांस्य करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता हो किये प्रमाण पत्र को छाया प्रति सांस्य करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता हो किये प्रमाण पत्र को छाया प्रति सांस्य करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता हो किये प्रमाण पत्र को छाया प्रति सांस्य करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता हो कियो प्रमाण पत्र को छाया प्रति सांस्य करें।  "PURPOSE" के स्वाती को गई प्रतिकेटन सुनी संस्यन  1. Diggnosis RE Settle Cartagact  PURPOSE' from OTHER SOURCES  इस उर्दर्श के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से शिया गया हो?  NAME of OTHER SOURCE  अन्य संत्रेत का मा माम	Sr. No.	Name of Family Member		r Age (Years)		Gender	Relation with Applicant
प्राप्त कर्म संख्या  Assistance Being Availed for same "Purpose" from Other sources हम उद्देश के तेतु कोई अन्य सहायता कियो जन्म संख्या  Assistance Being Availed for Same "Purpose" from Other sources हम उद्देश के तेतृ कोई अन्य सहायता कियो अन्य सहायता के तिर्मे अन्य सहायता के तिर्मे अन्य सहायता के तिर्मे अन्य सहायता कियो अन्य सहायता क्यों सहायता चर्यो सहायत	क्रम संख्या परिवार के		वार के सदस्यों का नाम			शिंग	आवेदक के साथ सम्बंध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनात आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण एव (प्रमाण पत्र की छावा प्रक्रि सोमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रक्रि सोमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रक्रि सोमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रक्रि सोमाण की  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  "Haster पत्र पत्र का  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  "Haster पत्र का  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  "Haster पत्र पत्र का  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  "Haster पत्र पत्र का  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  "Haster पत्र का  "PURPOSE" for OTHER SOURCE  "FOR OTHER SOURCE  "FO	1.	Manny		85		19	Husdand
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रक्ति सोनाव करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छावा प्रक्ति सोनाव करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छावा प्रक्रि सोनाव करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छावा प्रक्रि सोनाव करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छावा प्रक्रि सोनाव करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छावा प्रक्रि सोनाव करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छावा प्रक्रिक मार्थ अस्तात्र को प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र को साव्य  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छावा प्रक्रिक मार्थ (प्रमाण पत्र को छावा प्रक्रिक मार्थ अस्तात्र को छावा प्रक्रिक मार्थ अस्तात्र को छावा प्रक्रिक मार्थ  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छावा प्रक्रिक मार्थ अस्तात्र को छावा प्रक्रिक मार्थ अस्ति के प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र प्रमाण प्रमाण हो?  """  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उत्तर के छोवा को छावा प्रक्रिक अस्त सहायता किसी अन्य स्थाव से लिया गया हो?  """  NAME of OTHER SOURCE अस्त स्थाव का नाम	2.	Makiel		50		64	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनित्ते आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को कावा प्रति संसाय करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता के लिये विनित्ते आधार  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता के लिये विनित्ते का उद्देश्यः  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/जीकर से जारी की गई प्रतियंदन सूची संसाय   ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के तेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीय ते लिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के तेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीय ते लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम	2:	1.000		96		F	dotables -in-los
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीयी रेखा के गीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र वो छाया प्रीव संसाय करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र वो छाया प्रीव संसाय करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का वर्दरस्य:  Sr. No.  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास्थ्रजीक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संसाय  DIGGOSS RECORD (प्रमाण पत्र वेहरस्य:  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य क्षेत्र से लिया गया हो?  SR. No.  SR. No.  NAME of OTHER SOURCE  अन्य स्त्रीत का नाम  NAME of OTHER SOURCE  अन्य स्त्रीत का नाम		All the second of the second o		10	7	iu	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र बी क्राचा प्रति सोमन बर्मा)  **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किनती का उन्हेंपर:  **Sr. No.**  **St. No.**  **St. No.**  **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किनती का उन्हेंपर:  **St. No.**  **St. No.**  **St. No.**  **ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  **इस उन्हेंपर के तेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात में लिया गया हो?  **St. No.**  **ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  **इस उन्हेंपर के तेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात में लिया गया हो?  **St. No.**  **No.**  **			BASIS for REQUESTING	ASSISTAL	NCE (Tick which		
Sr. No. क्रम संख्या  Sr. No. क्रम संख्या  Diggnosis  RE SPILLE COTORACT  SUPERING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो?  Sr. No.  Sr.	(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) জন্ম আৰু বৰ্ণ সমাম মস		Ration Card (Attach Copy) उपयोक्त कार्ड		Basis/Proof
अस्ताल्पडीक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न    Diagnosis Resemble cotavact   Estile cotavact   Sungery - (6 - SLC) With Prima    Assistance being availed for same "purpose" from other sources   इस उत्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायशा किसी अन्य रुपोत से लिया गया हो?   Sk. No.   Name of other source   Amount of Assistance being availed     St. No.   Same rain का नाम   Ed गई सहायशा विश्वा							
1. Diagnosis RE Settle Cotayact  LE Settle Cotayact  2. SUDIGETY - (6- SLC) WITH PIMMA  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो?  St. No.  NAME of OTHER SOURCE  अन्य स्थात का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  लम संख्या  अन्य स्थात का नाम  सी गई सहायता ग्रेसी	20 MARCH 2000			Medica	Reports/Presc	riptions Attached	
SUPER SPINITE CATAVACT  SUPER SET	क्रम सख्य			educast	act at all all a	. 1	1
SUPLE PRO (6- SEC WITH PINTA)  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?  SK. No.  NAME of OTHER SOURCE  अन्य स्थोत का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहायता यशी	- (-	1. Diggnosis RE Settle Cataract					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य रुगोत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वोत का नाम लो गई सहायता राशी			l	E	senile	cate	ract
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  कम संख्या  अन्य स्त्रोत का नाम  सी गई सहायता रहती	٩.	SUR	gery - (6-	SI	Cr w	<b>ЛН Р</b> тт	79
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  क्रम संख्या  अन्य स्त्रोत का नाम  सी गई सहायता रहती			ASSISTANCE BEING AVAIL	ED for SA	ME "PURPOSE"	from OTHER SOUR	RCES
क्रम संख्या अन्य स्वोत का नाम ली गई सहापता राशी			इस उद्देश्य के हेतू कोई	अन्य सहा	यता किसी अन्य र	ल्बोत से लिया गया हो	?
	1.						

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

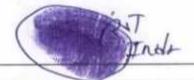
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for resection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 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) में घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सबी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायदा निस्तत की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहामता सांत "कोशिका फाउन्देशार", मे शी जा शही है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के तिये किया जायेगा, जो इस प्रकृष में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतू यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य फ्रोत/निवोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक द्वार 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 इस्तावन या अंगते को छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाप. पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में फोंचत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिय अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका जाउडेशन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आपेदक) इस बात से लहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय और बाल्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हम्लावर या अंगुड़े का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल क्या 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

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the respiral of 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, हस्तावारी को ओर से मामलेजोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिप सहायता हैंतु सिकारिश की वाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भीवाय में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित अशिकारसकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्मालत किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्माधन से सक्षायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पूष्टि में समय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी कैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्मान से नहीं लेगा/लोगी।

2 "कॉरिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंवल चितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल इस्स से पर्य प्रमाण का मुनाव सेगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकार का कोई प्रकार में हैं। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने काने की सारी किस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कॉरिका" को कोई प्रिका या जिल्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की वारिख	Dr. Mohd. Rameez Reza M.B.B.S. M.S. Ophthalmology FICO (UK) (Name of Dr. & Resp. No. Win State Reg. No. The History			
	FOR INTERNAL USE of KOS	HIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेत्		
SIG	NATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तावर 2		
8	funge	lite		