APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)						Koshika	
APPLICATION No.: V/08 25/0335			APPLICATION DATE : 💖 / ८८/२५			Building black at life:	
NAME of APPLICANT: Lax mu			AGE-YEARS STEE SEX FROM		SEX fein		
FATHER'S/SPOUSE'S (पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: Y	idram			***************************************		
0		present residence addre and chauth anathung Ro rmanent residence addre	7	Stham, 3	11203	Pareop Postap	
		ame as	1	ove			
OCCUPATION :	A10	me maken		(M	ARRIED (विवास	রন) / UNMARRIED (জবিবারিন)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	ME:	480001-01	Fay	nilly "	Attach Proof o आयं का सास्य		
PAN No. स्थाई खाता संस ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Nck whichever is applicable): म पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हां / नहीं \			
क्या आप आय कर पाता	ह (बामान्य हा क		FAMILY	DETAILS परिवार विवरण	1		
Sr. No.	Na	ne of Family Member		ge (Years)	Gender	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
क्रम संख्या	Hand	का के सदस्यों का नाम पि		डम् (वर्ष)	लिंग Ph	Husbomd	
3.	a a	Saturer		2्प	<i>I</i> h	Som	
3.		I - All				A Daylor	
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	SSISTA ति आधा	NCE (Tick whichever in	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाग प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आम वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की समया प्रति संलग्न करें।		Ration Card (Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की झाया प्रति संलम्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
				JESTING ASSISTANCE ाये विनतो का उद्देश्यः	:		
Sr. No. क्रम संख्या	ज्य संख्या अस्पताल∕डॉक्टर से जारी				escriptions Attached ही गई प्रतिबेदन सूची संलग्न		
RE- Container							
	LE- Cataract						
						- 11 Bu 3 W	
Swigery - (E) -SICS + PMMA							
			-6				
1)		ASSISTANCE BEING AVAILE					
Sr. Ng.	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन NAME of OTHER SOUR			न्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो। CE AMOUN		r of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	अन्य स्त्रीत का नाम			2000/		सी गर्ज सहायता राशी	
	900			^	000		
	4						

DECLARATION by APPLICANT: अस्वेदक द्वारा भोगणा 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 & engoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Keshika 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 δ 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 घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे हाग जो सहायता ग्रांश "कांशिका फाउन्हेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रकृष में भर गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सवायता हेतु यह प्रार्थना करे गई है, उस ग्रांशिक वा सकत हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही प्रविध्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक हारा 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 प्रपत्र पर अपने हस्तकार या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदफ) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता. फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, वाचना/या दुसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसास्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का जिवरण मेरे इलाज की पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हफदार नहीं बनाता। इस सर्विध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑवन और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदम के शस्त्रधर या अंगृहे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (शस्पताल द्वारा 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

हमारे अधिकृत, हरतावरों की ओर से मामले/रोगों को "कोहिका काउन्हेंशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिता की बाती है, जिसे हम (हरमताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) मह कि म तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद होतु कि है। मदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंवल बितिय प्रकृति को हैं। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का जुनाबु के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोधी के इलाज मुख्का और आने]

को होगो और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मानले में नही होगी। DR. PRAVEEN SEN SHAHRECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Administrato MBBS, DNB, OPHTHALMOLOGY स्वीकृती के लिए संस्तृति

Reg. No. 97415 X **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख Date..... Time..... 05/08/25

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

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

आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताक्षर 1