APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(Health (स्वास्थय			Koshika	
					081	2025	Building black of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	4	GE-YEARS OF	GE-YEARS अधु-वर्ष SEX शिंग					
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्म का नाम	Late	Mon. Visham. PRESENT RESIDENCE ADDRE	6091	स्य अस्त्राचील स्टब्स				
	hayanp	Usit Khospi	Ma	1 Natu	yde	Dehat)	Paste photo HERE Pare of post of Mor. Ompal Singh	
	PE	RMANENT RESIDENCE ADDRE	ESS: स्थ	ई आवासीय पता	21	17.747	Mor. Ompal singh	
		same c	25 0	beve			(0335)	
occupation : विविधार					MARRIED (विकासित) / UNMARRIED (अविवासित)			
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	47,00	0			(4	Attach Proof of I (आय का साह्य र	ncome) गंलग्न) NA	
PAN No. स्थाई खाता संख ARE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE (lick whichever is applicable):		Yes / No				
क्या आप आय कर दाता है	े (जो मान्य हो उर	स पर सही का निशान लगाये।	FAMILY I	हां / ्ना DETAILS परिवार		η		
Sr. No.	Nar	me of Family Member		ge (Years) उस्र (वर्ष)		Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
क्रम संख्या	414	परिवार के सदस्यों का नाम		36		M	Soh	
121		Be Ham.		35		M	Son	
(3)		Chandu Sanal		28	_	M	Daughtter in Jaw	
		BASIS for REQUESTING	ASSISTA	NCE (Tick which	naver i	s applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसग्न करे।		सहायता के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की खया प्रति संलग्न करे।		copy) कार्ड प्रति संसान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
				iESTING ASSIS ाये विनती का उद्				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न							
	1						. 1 1 1	
	Dingnosis			-	RF - Senile Calanact			
	Dagnosis				I senile catanact			
						the trouvers		
	C					c with PMMA		
	Jungery -			RE	RE - STOS WITH FINITE			
-		ASSISTANCE BEING AVAIL	ED for SA	ME "PURPOSE	" from	OTHER SOURCE	ES	
	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य महायता Sr. No. NAME of OTHER SOURCE				कसी अन्य स्त्रात स लिया गया हा? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम				ली गई सहायता राशी			

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 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.
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सधी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ग्रांत "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, दस राशि का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीना कस्पनी से न तो लिया है और न ही परिषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अरवेदक 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 प्रपन्न पर अपने हस्ताखर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले था बाद में करने के लिए "कांशिका फाउंडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबंदक के हस्ताधर या अंगृठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 deviced/conducted by the Hospital will

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, हस्ताक्षरों की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहें है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" हो सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" होरा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" होरा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल 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 उक्त रोगी/पापले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लंग/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल बितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" जी कोई प्रक्रिका या विस्मेदारी दस सामाने में नहीं होगी।

की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery ऑपरेशन की जारीख़ 5 (Name, Designation & Signatory of Gehalf disposation) हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रिव. च (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Gehalf disposation) FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

प्रिक्रियापी
प्रिक्रियापी