APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखमाल)						Koshika		
APPLICATION No.: V 0825 @344		APPLICATION DATE : ॐर्र ०५ २५ अवेदन तिथी		08/25	Building black of life.			
NAME of APPLICANT : Keshav				AGE-YEARS आपु-वर्ष 5 न	SEX Teir	SEX feir		
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्प का नाम	AME: Ra	m khiladi						
Sixto	0.00			म्णा वर्षा	9 9	Reneat Postop		
dis	H. Ag	ERMANENT RESIDENCE ADDRES	\$ 2 0					
	<	same as	ab,	ove				
OCCUPATION : व्यवसाय	1	about) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आप	.59.	44000/		(4	ttach Proof of I आय का साक्ष्य र	ncome) तंलम्न) $\wedge A$		
PAN No. स्थाई खाता संख ARE YOU AN INCOME T क्या आप आय कर दाता है		Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	2,31100	Yes / No हाँ / नहीं १				
Sr. No.	No.	me of Family Member		DETAILS परिवार विवरण Age (Years)	Gender	Relation with Applicant		
क्रम संख्या	परि	परिवार के सदस्यों का नाम		तप्र (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बंध		
2 3	14							
331,010								
YEARA.			-					
-			+					
			-					
			_					
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनी			applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आर वर्ग प्रमाण पत्र (प्रपाण पत्र की झदा प्रति संलान र	करे।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
				JESTING ASSISTANCE ार्थे विनती का उद्देश्यः				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न							
अस चल्य	BE - Cataract							
	1 E 2 + 500 L							
	LE- Catamit							
Swigery - DED-SICS + PMMA								
		a region	0		2 455			
						1		
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतू कोई अ	न्य सह		लिया गया हो?			
Sr. No.	NAME of OTHER SOUR			CE AMOUNT		म ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता उशी		
क्रम संख्या	DR			۵	000/-	AN AS MOUNT OFF		
	OV. IS.				ne control of			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा भोषणा 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 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण भेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे हारा जो सहायता सांश "कोशिका काउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता हेंदु यह प्रार्थना को गई है, उस ग्रांश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में सुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (STRICE STO WOL)

- 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 5 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताबार या अंगर्ट को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमाँत की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाटडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृष करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, राम, पाचना/पा दूसरे उद्देश्य में मुद्रो गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसाधित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विकरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउक्सन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं 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 "अरेशिका" एवम उसके न्यांसियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आधेरक के इस्ताकर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमातान 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, इस्ताक्षरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जातों है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या तो रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिरकारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायदा विनति ऑशिका/सवाल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसों अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से महायता लेने का अधिकार मुरस्थि रखता है। इस पृष्टि में स्मय कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "क्लेप्रिका काठन्वेशन" से क्षी गई सतायता केवल वितिय प्रकृति की है। तेगी पर क्रस्यताल द्वारा दी गई मलाह या किये गर्य उपचारप्रक्रिया का तेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "मोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये समताल में येगी के इलाव सुरक्षा और 🔉 की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

DR. PRAVEEN SELL OLOGYRECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Administrator

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06/08/25 Reg. No. 974157

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

(Name, Design of Company) Authorised Signatory on behall of Hospital) नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ञानारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2