	NRN	- e-	- 25-	09-0565	
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)		Koshika foundation
APPLICATION No. : V	10925/0405	APPLI आवेदन	CATION DATE :	08/09/25	Building block of life.
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Machhala		AGE-YEARS आर्	यु-वर्ष SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAM पिता/कटुम्भ का नाम	Mary nouts				
Bhadai Kak nagila, Shy @ ७०० आयो १					Rieop Postob
Dust.	Bharathur , Raya PERMANENT RESIDENCE ADDR	ESS: स्थ	7 70 9 3 2 ाई आवसिीय पता	11203	cicop roomp
	same as	abo	we		And the second s
OCCUPATION : व्यवसाय	Home make	7			त) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	49000/-CF	am	(4hi	(Attach Proof of I (आय का साक्ष्य	ncome) प्रंलग्न) 🖊 🗸
PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX स्या आप आय कर दाता है (K ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हां / नह		
			DETAILS परिवार		Deletion with Applicant
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		.ge (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदकु के साथ सम्बध
1-	motoram		\$1	m	Husbornd
7.	Nisanjan		28	m	Son
3 -	Bimlesh		à	F	Daughter in Lau
	BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTA वनति आधा	NCE (Tick which र	never is applicable)	
BPL Card (Attach Card Co गरीबी रेखा के नीचे प्रग (प्रमाण पत्र की छाया प्रति	माण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पः	a .	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
			JESTING ASSIS ाये विनती का उद्		
Sr. No. क्रम संख्या		criptions Attached गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	T		
		JE-	Ca	tanant	
LE- Cataract					
	- XXIII/ 2			Velt Charlester	
Curacy - (E) - SICS + BMMA					
	Jurg	esy	- (L	B) - S + C	CS + PMMH
	ACCICTANCE DEING AVAIL	ED for C	ME "DUDDOS"	" from OTHER SOURCE	PES
	इस उद्देश्य के हेतू को	ई अन्य सह	r SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SO अन्य स्त्रोत का न				ली गई सहायता राज्ञी
/ e	ABCS			2000/_	
The same of the sa					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

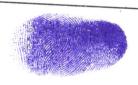
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing a
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such
- 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 a
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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"
- 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 हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित 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 न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के 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, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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, हस्ताक्षरी 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 ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्जुर 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/मामले हेतु किसी

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी प्रव

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। DR. PRAVEEN SEN SHAHRECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Adnumistrator स्वीकृती के लिए संस्तुति MBBS, DNB, OPHTHALMOLOGY **Date of Surgery** Reg. No. 97415 ऑपरेशन की तारीख Time......Date.....

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

(Name, Designation & Samuel Autobrised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी आन्तरिक उपयोग हेतू

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2