APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Health सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्यर र						Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V10325/1225		APPLICATION DATE : 10/03/25			Building block of life	
NAME of APPLICANT : आवेदक का गाम	ME of APPLICANT:		AGE-YEARS आयु-मर्थ SEX सिंग ५२ M		SEX Rein	÷	
FATHER'S/SPOUSE'S F	NAME: Ran	veer sings	1			foresp pastop	
66, M	alu pur	PRESENT RESIDENCE ADDRE	ss वर्तमान आवास १, D-P-	वि पुता १४३(३८	5	PASTE PHOTO HERE	
	PI	ERMANENT RESIDENCE ADDRES	SS : स्थाई आवासीः	य पता			
same as above							
OCCUPATION : व्यवसाय		Labour		MA	PRIED (विवाहित	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय		3 60001		(A)	ttach Proof of I आय का साक्ष्य	income) संलग्न) N.A	
PAN No. स्थाई खाता संख ARE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		es / No	1 =		
			AMILY DETAILS	प्रं / नहीं परिवार विवरण			
Sr. No. ऋम संख्या	Nan	ne of Family Member बार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	1	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
1-	Suman		43			आवर्ष के साथ सम्बंध	
2 -	Shive		21	21 m		son	
3.							
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनी	SSISTANCE (Tick	whichever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति मंतरम करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संतन्त ३		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की खपा प्रति संतन्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
		"PURPOSE" fo संदायता हेत्	REQUESTING AS किये गये विनती क	SSISTANCE: त उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संसम्प				i		
13/	ME - Codamrt						
131	133						
(2 \adtati=	LE - Cataract influence						
	/a/ residence a projective						
100	SWIZERY - (LE)-STESTEMMA						
	The state of the s						
		ASSISTANCE BEING AVAILED	for SAME "PURPO	OSE" from OT	HER SOURCE	S	
Sr. No.		इस उद्देश्य के हेतू कोई अन NAME of OTHER SOUR	य सहायता किसी अ	मन्य स्त्रोत से वि	लया गया हो?	**	
क्रम संख्या		NAME OF OTHER SOUR	UE .	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायला राशी			
/ ·	· DRCS			200			
		in .		- 1	+		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कीपणा पत्र:

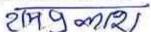
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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.
- 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 सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहापता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति में लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो पविषय में लेगा।

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" 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 solety with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रपृष्ठ पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, में (आनंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और भो विश्वरण इस प्रपन्न में बोपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, बाचना/चा दूसरे उद्देश्य में जुडी गतिविधियों और 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) में (आवंदक) इस बात से सहपट हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहस्वता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्तासर या अंगुठे 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 और से मामले/ग्रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं। यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लिंग या ले रहे है, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु सन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारों संस्था वा किसी अन्य सन्साधन से सकायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका काउन्हेंशन" से त्ये गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की हैं। रोगी पर हस्पताल हास दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी

कं बीच का थिपय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में ग्रंगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने 📝 की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

DR. PRAVEEN SEN SHAHLeवीकृती के लिए संस्तुति MBBS, DNB, OPHTHALMOLOGY

Date of Surgery Reg. No. 97415

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

(Name, Designation & Stamp of Status (Sed Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Adn..nistrato

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्वासी हस्ताक्षर 2