APPL	Koshika							
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	V/032	5/1240	APP	APPLICATION DATE : 10/03/25			Building block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Kund	thoy		AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग 68 M			×	
FATHER'S/SPOUSE'S । पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: Bho	ul Singh					pereop postop	
Doghen		PRESENT RESIDENCE ADDR					PASTE PHOTO HERE	
9	100/							
		THUMA U.P.		१० <u>४</u> थाई आवासीय पता				
		Same as	abo	ve				
OCCUPATION :	Fan	mer			M	ARRIED (विवाहित	) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	E: 54	1000/-				Attach Proof of i आय का साक्ष्य र		
PAN No. स्थाई स्थाता संस् ARE YOU AN INCOME T		Fick whichever is applicable):		Yes / No				
क्या आप आय कर दाता है	हैं (जो मान्य हो उन	त पर सही का निशान लगाये।	274107	हां/न	ही	1		
Sr. No.	Nar	ne of Family Member	- Property of	DETAILS परिवार Age (Years)	विवरण	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम	_	उम्र (वर्ष)	-	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
			+					
					_			
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTA Iनति आध	NCE (Tick which	ever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाबा प्रति संलग्न करे।		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतम्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
E				UESTING ASSIST गये विनती का उद्दे				
Sr. No. कम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached							
1/8"/	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न AE— Cataract							
15/	18							
E 1000	LE- Cataract 1-84/69 A							
1.7	13		-			PHINTER	207.7320	
VA.	37	Char	2	- RE	4	orice.	4.0 AA AAD	
	THE PERSON NAMED IN	Surge	y	- 01	1.	-210.	tp mm#	
			U					
		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SA	ME "PURPOSE"	from O	THER SOURCE	S	
Sr. No.		इस उद्देश्य के हेतू कोई	CONTRACTOR AND	पता किसी अन्य स	बोत से	SECREDITION LINES	10000TALIAS CHINA	
क्रम संख्या	Jan San San San San San San San San San S	NAME of OTHER SOURC अन्य स्त्रोत का नाम				HONOS DOUBLE	ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
- (-	ABCS				20	00/-		

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हारा श्रोषणा पत्र:

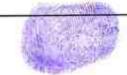
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार सत्य एवं सही है। मीर कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहामक गरिर "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्टि अतत है कि जिस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोवक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मिल्य में लुँगा।

## 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 solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- () इस प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में भोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गाँतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायशा के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रोणिका" एवम् उसको न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगुठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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:

It has 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

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

- 1) यह कि न तो बतमान और न हो घविष्ठ में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उका रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो सिफारिश/बनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद होते कि एक बता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थाट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "क्रीशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर ठरपताल द्वारा यो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव के बीच का विषय है और "क्रीशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रवान नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने वार् की होगी और "क्रीशिका" को कोई ध्याका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

उपचार/प्राक्रवा क	त सुनाय	Syllow-suche	n Zana	res.
of Acon sur su	15		3	5773
1	18	Administrator		-
1	10	rommistrator	튭	

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख DR. PRAVEEN SEN SHAMECOMMENDED FOR ACCEPTENCE MBBS, DNS, OPHTHALMOLOGY स्वीकृती के लिए संस्तुति

Rug. No. 97415 Time Date ON

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

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2