APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखफाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 22/07/19 Building block of life. APPLICATION No. : K/0710/0006 आवेदन तिथी आवेदन शंख्या : AGE-YEARS NIG-W SEX Ren NAME of APPLICANT: SULTAN LASKAR आवेदक का नाम 67 m FATHER'S SPOUSE'S NAME: CHOBAN LASKAR विता/कटुम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्षपान आवासीय पत SUNT RATTA PARCANTA 14338 F. WEST PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : PUT MINISTER VIT AS ABOVE-MARRIED (PROBE) / UNMARRIED (APPRIED) OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100 x12= 25200/ (आय का सास्य संसान) कुल वर्षिक अप PAN No. FIRST REED THEAT Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हाँ / नहीं क्या आप आप कर राज है (को मान्य हो उस पर सही का निहान लगाये। FAMILY DETAILS UPER PREVIOUS Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant Sr. No. शिशंग परिवार के सदस्यों का नाम उप्र (वर्ष) आवेरक के साथ सम्बध क्रम संख्या ST SULTAN MANYOHAK HAN NAN TASKUK TASKUK V MANNA BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहापता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) **BPL Card** Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरांबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प अव्य वर्ग प्रयाग पत उपगेक्त कार्ड अन्य कोई सरहव (प्रयाग पत्र की कारा प्रति संसम्न करे। (प्रयाग पत्र की छात्रा प्रति संतान करे। (प्रयाम पत्र की ग्रामा प्रति शंतान की। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पतास/बॉक्टर से जाग्रे की गई प्रतिवेदन सूची संसान क्रम संख्या CATARA CIT-TO DEAGNOSES -2. SURGIERY-RE ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य खडापता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. अन्य रखेत का गाम लो गई सहायता एही क्ष्म संख्य

DECLARATION by APPLICANT: WHEN THE WORLD THE

- 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.
- मैं चोचना करता है कि इस प्रक्रम में दिने गये सभी विकास मेरी जानकारों के अनुसार साथ पूर्व नहीं है। यदि कोई विकास पूर्व कमन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरात की का सकती है।
- पेरे क्रव को सहायक शति "कोतिका फाडन्बेंसन", से सी का की है, उसका उपयोग उसी वरेरण को पूर्व के लिये किया जायेग, जो इस प्रकर में घट रूप है।
- मैं चुच्च करत है कि जिल सहायता हेतु यह प्रार्थण की याँ है, उस प्रति का अतिक या प्रकत हिस्सा किसी अन्य घोटानियोजकाशीया कम्यानी से न तो तिन्त है और न ही परिष्य में सुनिश

AGREEMENT by APPLICANT (SHORE DO 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/puf-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.
- 3) इस प्रत्य पर अपने इस्ताधर था अंगते की क्षण सायकर, मैं (आवेरक) अपने सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि येग क्षम, प्रांते और जो विकास इस प्रत्य में बोसित है, उसे "कोतिका" एवम् न्यासी, एन, यावनान्य दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिबिधियों और उपलब्धियों के तिन्ये किसी थी प्रसार याव्यम से प्रसातित करने के तिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अलंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवास को कि सहामता के उन्देशों से प्राप्ति है मुझे क्वतः सहामत का इकदार नहीं बचता। इस सम्बंध में "कॉतिका" एवम् असके न्यामियों का निर्मय अतिम और बायनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अवेदन के इस्तवार य आंगुडे का निवान



AGREEMENT by HOSPITAL (SPIER DE WOL)

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

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.

इस्से अध्यक्ष, इस्तवार्थ की अंदर से फान्सरेपी को "क्रीतिका फाउन्हेशन" से सिविय सहस्था हुँ सिकारिश की कार्ती है, किसे इस (इस्तवार) फिल्ट प्रकार से फान्स क स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि य से व्यंत्रण और य ही परिष्य में विदिय सहायत किसी के सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थार से उन्तर रोगी/प्यानले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इसने "क्षोतिका फाउन्देशन" हो स्थार किसी अन्य के सम्बद्ध में "क्षोतिका फाउन्देशन" होता पर किसी अन्य के सम्बद्ध में "क्षोतिका फाउन्देशन" होता में स्थार किसी अन्य सम्माधन से महायत लेंगे का अधिकार सुर्वका रहा होता में स्थार कहा कि अस्पताल हिंती मन्द उन्तर रोगी/प्यानलें हेतु किसी किस सम्माधन से महायत लेंगे का अधिकार सुर्वका रहा है। इस पूर्वि में स्थार कहा काल है कि अस्पताल हिंती मन्द उन्तर रोगी/प्यानलें हेतु किसी किस सम्बद्ध करने के नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कोतिका फारच्येल" के ती गई सक्त्यत केवल विविध प्रसृति की है। ऐसी या इस्तवत हात थी गई सताह या किये सर्व उपवादशीकरा का पुराव सेसी एवं इस्तवत
- के बीच का क्लिय है और "कोशिका फारन्वेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई रवान नहीं है। इसलिये इस्ताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अरवे जाने की सारी विष्येगारी रोगी एवं इस्तालत की होती और "कोशिका" की कोई चूरिका का विष्येगारी इस मामले में नहीं होती।

	Dr. Alok Agan valled to fe	OR ACCEPTENCE पर् संस्तुति Shift Sandar County
Date of Surgery असितन को करेब 92/07/19	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डास्टर का न्या व इस्तक्षर व धीर. य	Susmit Eye Found of A Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) বাম বা বা হামবাল অধিকৃত্ত অধিকৃত্ত
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA F	OUNDATION व्यानिक रुपयोग हेतू
SIGNATURE of TRUSTEE 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याती इन्ताक्षर 2
8	ofungel	licht_