#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE : 04-4-2025 APPLICATION No. : Building block of life. आवंदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT: Rajkumay आबेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पत् PASTE PHOTO HERE Typon Pruop Post op PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वाई जावासीय पता Same apolie. as OCCUPATION: NARRIED (विवारित) / UNMARRIED (अविवारित) रवाधसाच TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) MA कल वार्षिक आव (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) हां / सही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Sr. No Name of Family Member Age (Years) Gender क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध on Ashendeu on BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPt, Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अस्य आय वर्ग प्रमाण यत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलग्न करे) (प्रमाण पत्र की आमा प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र की छाना प्रति छंतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन मुची संलग्न क्रम संख्य 109 h081 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहावता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. NAME of OTHER SOURCE ली गई सहायता एशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या

## DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वारा योगणा 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 पोपणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा को सहायता शांश "कांशिका फाउन्देशन", में ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रांश का आशिक या सकल क्रिस्स किसी अन्य आंत/नियोजक/बीमा कस्पनी से न ता लिया है और न ही भानिय्य में लूँगा।

### AGREEMENT by APPLICANT ( अस्पेरक क्रूस 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.
- 1) इस प्रथत पर अपने हत्वाक्षर पर अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आनंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका कार्डडेशन और इसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फाटा और जो विवरण इस प्रथत में भौवित है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, रान, पाचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रयासित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कियरण जो कि सहायदा के उद्देश्यों में क्राधित है मुझे स्वत: सहायदा का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "काशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

# APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्ताक्षर का अंपूर्व का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* git witt)

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 in the matter.

हमारे ऑफकृत, हस्ताक्षणे को ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की बातों है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकाणे संस्थान या फिसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

में सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "ओशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा स्वतायता विनित्त आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्यताल

किसी अन्य गैर सरकाणे संस्था या किसी अन्य सन्सायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्त रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा खता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकाणे संस्था या किसी अन्य सायन से नहीं लेगा/लेगी।

ट "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुकाब सेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विस्मेदारी इस मामले में वही होगी।

#### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति ARNAB MODAK Date of Surgery (Name, Designators & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. NEH ऑपरेशन की तारीख No.-58989 04-4-2025 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी इस्ताक्षर ३