APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE 19-4-2025 APPLICATION No. 1 Building block of life 5/0425 (0014 आवेदन संस्था : आखंदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT: आवेश्य का नाम Mr. Poramesh FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कदम्भ का नाम वर्तमान आवासीय पता PRESENT RESIDENCE ADDRESS PASTE PHOTO HERE Ramplu Mona Pourop Postop Poramish kumar PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता as about OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ञ्चवस्यम TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आप (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. THIS THRIT THEFT ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No तां / सडी-क्या आप आग कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender क्रम संस्का परिवार के सदस्यों का नाम तुम (चर्च) आवेदक के साथ सम्बंध Vain Dite 519W Con aughter in law ekka doughter mana BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) संहायता के लिये विनति आधार 8PL Card **EWS Certificate** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये चिनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न कम संख्या Idanoxi

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उदर्शन के हैत कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो?

Sr. No. फ्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अधिक द्वारा भीषणा 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 8 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 है कि इस प्ररूप में दिवे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सत्री है। चरि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सारायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता राजि "कोशिका काउन्डोशन", से ली जा स्त्री है, उसका उपयोग जसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- में पुष्ट करता है कि जिस ग्रहाणता हेंद्र यह प्रार्थना की यई है, उस राशि का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ब्रोट/नियोजक/बीम कम्पनी में न तो लिया है और न ही भवित्य में लूँगाः

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.
- 1) इस प्रथत पर अपने हस्ताक्षर या जंगठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा ताम, पता, फोटो और जो विवारण इस प्रयत्न में योपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनश्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए ऑक्यूत है। मेरे प्रयत्न का विवारण मेरे इस्ताव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहस्यता को उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत; सहस्यता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेएक के इस्ताधर या अंगृते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (常刊明明 讃姓 集取)

- 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 फाउन्देशन" 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 हो भाँक्य में वितिष सहायता किसी पैर सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले खे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" सं संस्थानित किया जिल्ला के संस्थान के सम्बंध में "कोशिका पाउन्डेशन" हारा सहायता किसी अन्य संस्थान के तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य संन्याधन से सहायता लेंने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थय 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 फाउन्देशन" से ली गई सहायता केवल वितय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल झा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के कीच का विषय है उदी "कोशिका काउन्देशन" झा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगों एवं इस्पताल
- को होगो और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मोदारी इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थीकती के लिए संस्त्ति ARNAB MODAK **Date of Surgery** Dr. NEHA ऑपरेशन की तारीख ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 09-4-2025 DM Crop's Regn. No. with Stamp) हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व राजि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी आन्तरिक उपयोग हेतू FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1

in the matter.