	SRF-1	c-25-0	34-0650	
PARTICIPATION AND ADDRESS OF THE	FORM FOR ASSISTANCE हेत् आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय	care)	Koshika foundation
APPLICATION No. : S104	125 0018 3		09-4-2025	Building black of life.
	Israt	AGE-YEARS OF	पु-वर्ष SEX लिंग F	
ATHER'SISPOUSE'S NAME : ता/कंदुम्म का नाम	My Jamil PRESENT RESIDENCE ADDRESS	where sometime me		
Nagal Road Tansipuli,	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	क्षाना आवासाय पता समार्थ आवासाय पता	7551	Pura of Post of Israt (0018)
Sax	ne as above	e		
CCUPATION:	come maker			/ UNMARRIED (अविवाहित)
TALANNUAL INCOME : ल कार्षिक जाय	48,000 (fami-	ly Inco	(Attach Proof of In	ecome) MA
N No. स्थार्गधाना संख्या 🕦 REYOU AN INCOME TAX ASSESSE । आप आप कर दाता है (जो मान्य हो	E (Tick whichever is applicable): उस पर सही का निशान लगाये।	Yes/No	ů.	
Sr. No.	Name of Family Member	HLY DETAILS परिवार Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उप (वर्ष)	्रिंग (विंग	आवेदक के साथ सम्बध
137 1	Shan .	3	14	Hushing
133	With	29	M	Son
(4)				
	BASIS for REQUESTING ASSI सहायता के लिये विनति व		sever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy)  गरीबी रेखा के नोचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लामा प्रति संलग्न करे।  (प्रमाण पत्र को लामा प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण यत्र को खागा प्रति संसरन करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		EQUESTING ASSIST हमें गर्य विनती का उद्		
Sr. No.		dical Reports/Presc		
क्रम संख्या	अस्पताल	त/डाक्टर स जारा की ।	गई प्रतिबेदन सूची संलग्न	
	ingnasis -RI	- DCF	TIdoelaa	17
	singribals Ri	130	Lagran	
-	LE	,- 10ta	l Sthel	e catalact
R	UMAPULI - IF	- ST	Picu 2	h PMMA
	1 -1			- N-11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 -

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो?

Sr. No. काम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहस्यता गरी

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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) में घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया करता है तो मेरी सहायता निस्त की का सकतो है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- में पुण्टि करता है कि जिस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य झोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

## 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.
- हम प्रथव पर अपने इत्साकर या अंग्रेट को छाप लगाकर, में (आनेदक) अपनी सहमाँत को पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउँडेशन और उसके न्यासीयों " को अभिकृत करता है कि मेंग्र नाम, पता, पतेश और जो जियाण इस प्रपत्त में योपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, चाचना/या दूसरे उद्देश्य से बुढी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसार करने के लिए ऑपिकृत है। मेरे प्रयाव का विवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउँडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताता या अंगूडे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (KENTIN STO WOR)

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.

हमारं अधिकृत, प्रस्तावारी की ओर से मामले रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ते वर्तमान और न ही पविषय में वितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहें है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" हो। संदर्भ हो कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा महायता विनति अशिका/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्सायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल बितिय प्रकृति की है। ऐगी पर हस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपवारप्रक्रिया का चुनक रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसिलिये हस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारों रोगों एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृथिका या जिस्मेदारों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

09-4-2025

Dr. NEHA MCNo 58989 Manufor Dr. & Regn. No. with Stamp) since of the transfer ARNAB MODAK ADMINISTRATOR

SCRH SAHARANPUR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यसी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Enfungel

lite