SRE- C-25-04-0803 (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 11-4-2025 APPLICATION No. : आवेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS जान-वर्ष SEX TO NAME of APPLICANT : असमेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mus Momin पिता/कटुम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता hanabhawan Pull op Post op Ruksana PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार आयासीय पता ami OCCUPATION: MARRISO (Garifea) / UNMARRISO (Glaafea) **अवस्थात** TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (आद का साध्य संलग्न) कल वार्षिक आय PAN No. THIS BIRTH HIGH ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। तां / बती FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. तम् (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बच परिकार के सदस्यों का नाम क्रमः संख्या Son Tomare BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आयं वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साया प्रति संलम्प करे। (प्रमाण पत्र भी साथा प्रति संतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या iagnasis ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. लो गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आयंदक क्रारा घोणणा 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 δ 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.
- में योषणा करता है कि इस प्ररूप में दिवे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य वर्व सती है। यदि कोई विवरण एवं कचन असत्य पाया आता है तो मेरी सतायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहरकता राशि "कॉशिका फाउन्देशन", से शी जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता हूँ कि जिस सवापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य झोळानियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँग।

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.
- i) इस प्रथण पर अपने हन्ताकार या अंगर्ट की खाप लगाकर, मैं (अतंबर्क) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फांटो और जो विवरण इस प्रथण में घोषत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राम, वावना/या दूसरे उद्देशम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आधेरक के हस्ताधर का अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (EPININ GIO WOLL)

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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले लेगों को "कोशिका फाउन्हेंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व क्वोकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही प्रविषय में वितिय सहायश किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोहिका फाउन्डेशन" हो सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोहिका फाउन्डेशन" होते परि "कोहिका फाउन्डेशन" होते सहायश विनति आंशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन में सहायश लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्थष्ट 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 फाउन्डेशन" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की हैं। ऐंगे पर हस्पताल द्वार दी गई सलाह या किसे गर्थ उपचारप्रक्रिया का चुनाव सेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्थाय नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने बाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामलें में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति ARNAB MODAK ADMINISTRATOR Date of Surgery Dr. NEHA ऑपरेशन को तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Porde. 11-4-2025 Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी ञान्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE