#### Koshika APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation Building block of life APPLICATION DATE: 13-4-2025 APPLICATION No. : आवेदन तिथी आवंदन संख्या : AGE-YEARS आपु-वर्ग SEX लिग NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम 46 Rue Gopal FATHER SISPOUSE'S NAME : पिता/बाटुम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PASTE PHOTO HER PuliopPostop Rekha (0028 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता a hour. MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: ञ्चनसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न) कल वार्षिक आय PAN No. स्थाई सारा संस्पा 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। र्हा / शही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Gender Sr. No. Age (Years) उप (वर्ष) कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम आवेदक के साथ सम्बंध HUSband 19h any BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card Ration Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गराबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र को साया प्रति संलग्द करे। (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संलान 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 कम संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या

## DECLARATION by APPLICANT: SHIFTER GIT THEFT TO.

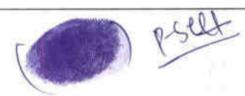
- hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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.
- में चोपण करता है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सक्षी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेर द्वारा जो स्कायता र्सार "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- में पुष्टि करता हूँ कि जिस महापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य झोठ/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लुगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आगेरक 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-8 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.
- () इस प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर मा अंगर्ड की छाप लगाकार, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुण्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को ऑफकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पतेर्ड और वो विवरण इस प्रपत्न में मीचत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी पतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बचता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और बाच्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबेदफ के प्रस्ताक्षर या अंगुड़े का निशान



### AGREEMENT by HOSPITAL (EPHINE 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 neture. 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.

हम्परं अधिकृत, हस्ताक्ष्मी की ओर से समले/रोगों को "कोशिका फाउन्टोशन" से वितिष सहायता हेतू सिफारिश की कती है, जिसे हम (हस्पतात) निम्न प्रकार से पान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न हो वर्तमान और न हो धीयध्य में वितिष सतायता किसी गैर सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/सामले में लेंगे या ले रहें हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टोशन" हिंत स्वित्ता की उत्तर से सम्बंध में "कोशिका फाउन्टोशन" हार परद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टोशन" ह्रार सहायता विनति ऑफिक/सकल हेतु मन्दुर नती किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य सन्तर से सहायता लेंगे का अधिकार सुरोधत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सम्बंधी संस्था या किसी अन्य साध्य से नहीं लेगा/लंगी।

2. "कोशिका काउन्हेंशन" में तो गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की हैं। सेनी पर हस्पताल द्वारा दी गई मलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का मुनाव रोगों एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षक नहीं है। इसलिये हस्पताल में शेंगों के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेंदारी रोगों एवं हस्पताल की तोगों और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेंदारी इस मामले में नहीं होगों।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्थीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख

12-4-2025

Dr. NEWA

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाम्स्ट का नाम व हस्ताक्ष व र्रात, न ARNAB MODAK ADMINISTRATOR

(Name, Designation & Stabb of Ruffierised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

त्यस्मी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Sofungel

lite\_