APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)



सहायता हेत् आवेदन प्रारूप			(स्वास्थय देखभाल)		foundation	
APPLICATION No. : आवेदन संक्ष्मा :	5/0425/0035		APPLICATION DATE : L6-4-2025		Building block of life.	
NAME of APPLICANT		3 [0032	AGE-YEARS OF	ायु-वर्ष SEX लिंग		
आनंदक का नाम	Mu. Ra	ishmire Sings	69	M		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/बाटुण्य का नाम		te Nor. Bur		zh		
		PRESENT RESIDENCE ADDRE	:SS वर्तमान आवासीय पर	1	PASTE PHOTO HERE	
Khary b	ans, k	hay kans,	297342V	pw,	Poul op Post op Kashmur Singh (0035)	
	PI	ERMANENT RESIDENCE ADDRE	:SS : स्थाई आवासीय पता		Kashmur Singh	
	Sa	me as	above.		(0035)	
OCCUPATION : MARRIED (विवास					त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOL	ME -	19,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग)		
PAN No. स्थाई खाता सं	EU N					
ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE (है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes/N 81/7			
			FAMILY DETAILS परिवा Age (Years)			
Sr. No. कम् संख्या		Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Gender लिंग	Relation with Applicant आयेदक के साथ सम्बध	
	T P	ukesh	उम् (वर्ष)	M	San	
0.7	B	akesh	112	- F	Daughter in lan	
101	6	lighth	7 9	-	Soughtle In Jan	
181	36	The wit	70	ч	Coffiand Can	
(6)		ownash	20	М	Garand Son	
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये वि-		never is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy		tation Card ttach Copy)	Any Other Basis/Proof	
गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थाप प्रति संसान करे।		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न		श्भोक्ता कार्ड ही छाया प्रति संसन्न करे।	अन्य कोई साक्य	
			for REQUESTING ASSIS तु किये गये विनती का उद		-	
		सहायता ह		C (7.00)		
Sr. No. ऋम संक्ष्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न					
	1	0		0		
		Diagnosis - RE- Strille Catabact				
			L.6 -	PSCUde	phace	
	1					
- 7		Wally -	RE- F	HACO	WITH PMMA	
		1 1	1 2			
		U U				
		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SAME "PURPOSE	" from OTHER SOUR	CES	
		इस उद्देश्य के हेतू काई NAME of OTHER SOL	अन्य सहायता किसी अन्य IRCE		of ASSISTANCE BEING AVAILED	
Sr. No. क्रम संख्या		अन्य स्वोत का ना		Amount	ली गई सहायता ग्रशी	

DECLARATION by APPLICANT: आमेरफ 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.
- 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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई बिवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका काउन्देशन", से ली जा साी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस ग्रांश का आंशक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बोमा कस्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय 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.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने इस्ताका या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवरण इस प्रपत्र में बोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वावना/या दूसरे उद्देश्य में जुडी गतिबिधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करार)

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 pature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the

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, हस्ताशरी को ओर से मामले/रोगो को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न शे सर्वमन और न हो मविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" होता मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" होता सहायता विनित आशिक/सकल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्रोक्षत रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट 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" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या फिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारो जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृतों के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16 - H-2a2S

IDT. NEI A Regn. No. with Stamp)

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
SCEH SAllen Senairfol Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Sufungel

lit