SRE-C-25-04-1315 (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)

. 3	Koshika
9	foundation Building block of life
Pu Ri	u op Postop Ukhni 10049
NMAR	RIED (अविवाहित)
)	MA

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 19-4-2025 आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS जाय-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कट्टम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता the khooping taunk, PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता about same OCCUPATION : MARRIED (विवाहित) / UI व्यवसाय Attach Proof of Income TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्पाई खाता संख्या 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। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender प्रतिवार के सरस्त्रों का नाम सिर्मार्थिक प्रतिवादिक स्वाप्तिक स्व आवेदक के साथ मुम्बध क्रम संख्य उम्र (वर्ग) लिंग Justonia BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुवी संलग्न क्रम संख्या fagnoss s ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. NAME of OTHER SOURCE शी गई सहायता राशी

अन्य स्वोत का नाम

क्रम संख्या

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 5 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.
- 1) मैं पोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण भेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। वदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त्व की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहावता गरिंग "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्ररूप में घर गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि विस सहायता तेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खेता/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही घष्टिय में लुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (अवनेदक क्षारा 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.
- () इस प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगर्ट की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोट और जो विवाध इस प्रपत्र में योधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवाध मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आविषक) इस बात से सम्रमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और किवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासिकों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताधर या अंगुठे का निशान

pseet

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पतास 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:

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

- 1) या कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में थितिय महायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्केत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" होरा महायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि 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" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वार दी गई मलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया 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" को कोई पृथिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति ARNAB MODAK Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr. NEHA 19-4-2025 (Name of the News 80 Swith Stamp) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 यासी हस्ताक्षर ।