APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखपाल)						Koshika	
APPLICATION No.: M 10625 10208 APPLICATION DATES					4/06/25	Building block of life.	
NAME OF APPLICANT: SHIPTING THE SHOULT WAY				न तिथी 🔾 AGE-YEARS अ	ापु-वर्ष SEX सिंग	9/2/	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: Holq	Kkan Present residence add	DESS TO			E CHREADAN SE CHREADAN	
Katuera	Ray, K	atmona (Kr	2710	(1. ther	gradesh.	Psieop postop	
		COMPAS CAL	abo			13100	
OCCUPATION: ANTHER HARRIED (MARRIED (MA) / UNMARRIED (সবিবারিব)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 23,000/-					(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable) स पर सही का निशान लगाये।		Yes/N 81/7	हों		
Sr. No.	I No	र विवरण Gender	Relation with Applicant				
क्रम संख्य	परि	me of Family Member बार के सदस्यों का नाम	Age (Years) বয় (বর্ণ)		सिंग	आवेदक के साथ सम्बंध	
<i>Q</i>	Sal	Safuk Khan		30	M	800	
(2)	May	y Khan 27		7	/h ~	Son '	
		BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये	G ASSISTA বিদায়ি আঘ	NCE (Tick which	hever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संस्तन्त्र करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संसम्म करे।		Ration Card (Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को सावा प्रति संतप्त करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
				JESTING ASSIS गये विनती का उद			
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संसन्त					
	RE- Senile Cat					o+	
0	Dignosis! CE - Send Cat						
2	Swigury. RE-STCS FPMMP I'C CAMP.						
- ou 51		V: -		SATUR	F TIAL SI		
**		ASSISTANCE BEING AVA	ILED for SA	AME "PURPOSE	" from OTHER SOURCE स्वोत से लिया गया हो?	ES	
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थल का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता उसी		
	t	DBCS				20001-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) 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 & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employet/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं पोचना करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी कानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रया जात है तो मेरी सहायत निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सतायता राति "कोतिका फाउन्देशन", से ली का जी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घल गया है।
- में पुष्टि करत हैं कि जिस सहायत हें। यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रांश का आंतिक के सकत हिस्सा किसी अन्य प्रोत/नियोजक की स न वो लिया है और न ही पविष्य में तूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेटक क्रम करा)

- 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 required 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 प्रत्य पर अपने इस्ताबर या अंगठे को छात्र लग्यकर, मैं (आवेदक) अपनी सङ्गति की पुष्टि करा॥ हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीओं " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य में जूडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रतार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहसत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उप्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सन्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अर्थित और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आचेएक के हरमाधर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (ETGER BRI WIT)

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 national is hasked on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will

2) The assistance from Koshika Foundation is only linancial in nature. The choice of the treatment procedure is 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, इस्ताक्ष्मी की ओर से प्रामक्षणोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निन्न प्रकार से मान्य व क्वीफार करते हैं।

1) यह कि व तो वर्तमान और व ही भविष्य सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य क्वीत से उक्त ग्रेगी/पामले में लेंगे या तो तो हैं, वैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकारिश/विनित उक्त के सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार किसी अन्य निकार फाउन्डेशन" द्वार पर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार सहायता विनित अधिकार-सकता हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य ग्रेग सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बद्ध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी की सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "क्षांशिका कातन्देशन" से ली गई सहायता केवल चितिय प्रकृति की है। ऐंगी पर हस्पताल द्वार दी गई सल्यह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनव चेगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाइन्टेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अने खने की पारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery अर्थनंप्रत की तारीख Dr. Utsau Deep M.B.F. M.S UP का प्र प्रमुख के तारीख Dr. Utsau Deep M.B.F. M.S UP का प्र प्रमुख के तारीख FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यानी इस्तावस 1