## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप foundation Building block of life. APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 07-3-2025 आवेदन संख्या : आवंदन तिथी AGE-YEARS जाप-वर्ष SEX firin NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम SA FATHER SISPOUSE'S NAME पिता/बाटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PASTE PHOTO HERE hayangus 4000 Pare of Postop Sage. PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता aboute OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) MA कुल वार्षिक आय (आग का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई स्थात 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 / तही FAMILY DETAILS परिवार विकास Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम् (वर्ष) Rablita An 11°bhu 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 गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। (प्रचाम पत्र की ग्रामा प्रति संस्टरन 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 सुची संलग्न कम संख्य ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No.

अन्य स्वांत का नाम

कम संख्या

ली गई सहायता राशी

## DECLARATION by APPLICANT; आनेरक द्वारा घोषणा पत्र:

- I horeby 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.
- में घोषण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सात्री है। यदि कोई विकास एवं कथन असन्य पाया जाता है तो मेरी सात्रायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे इस जो महायता गाँत "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली वा खो है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, वो इस प्रारूप में भरा गया है।
- में पुष्ट करता मूँ कि जिस सरायता हेंदु पत प्रार्थना की पई मैं, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया मैं और न ही पविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक ह्यार 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)1 (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 उच्च पर अपने इन्ताकर या अंगठे को छाप लगाकर, में (अवनेदक) अपनी सहमित को पुष्टि करता हूँ एवं "कंगिशका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फांटो और जो जिवरण इस प्रपत्त में योचित है, उसे "कंशिश्वा" एवम् न्यासी, रान, याचनात्र्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रमाशित करने के लिए अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवसण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यांसियों का निर्णय अंतिम और बाण्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के दस्ताक्षर या अंगुते का निशान

( P-Self

AGREEMENT by HOSPITAL (SPUTIN DO 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, इस्तामारों को ओर से पामले रोगों को "कोशिका फाउन्हेशन" से खितिय सहायता हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

() यह कि न तो बरोमान और न ही अधिक्य में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त ग्रेगो/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" में सिफारिश/विनति उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" हुए मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" हुए सहायता जिनति आशिक/सकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य में स्थाया किसी अन्य सन्सायन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थाय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गरद उक्त ग्रेगो/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्तेशन" से ली गई महायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाय रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षाय नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल

ARNAB MODAK की होगी और "कोशिका" को कोई पुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। ADMINISTRATOR RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति SCEH SAHARA Dr. NEMA DMC No. 58989 Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 17-3-2025 (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 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1