APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्वय देखमाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation Building block of life APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 18-3-2025 । नावेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ग SEX लिंग NAME of APPLICANT : अरखेदक का नाम FATHER'S SPOUSE'S NAME पिशा/सद्म्य का नाय PRESENT RESIDENCE ADDRESS ANTHE STA वर्तमानं आवजीय पता anahaneus Prieop Post op Bisam Devi 11 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same aboute OCCUPATION : MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. THIS BITTE THOSE ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / (नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Age (Years) Relation with Applicant Sr. No. Gender क्रम संख्या उम्र (वर्ष) आवेदकू के साथ सम्बध लिंग Whaha aupal sing-60 UNILLE CAN aures on BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनित आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की बारवा प्रति संसान 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. कम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE St. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्थात का नाम कम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आगेरवा द्वारा घोषणा पत्र:

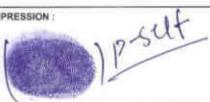
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me
- 3) 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.
- मैं श्रीषणा करता है कि इस प्रकर में दिये गये सभी विवाण मेरी वातकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। गरि कोई विवारण एवं कथन असल्य पाना जाता है तो मेरी महायता निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक्ष ताँश "काँशिका फाउन्देशन", से ली का रही है, उसका उपयोग दसों उदेश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, को इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्ट करता है कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस शिष्ट का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ओहानियोजकाबीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भीवण में न्हींग।

AGREEMENT by APPLICANT (अवनेदक हारा 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 प्रयत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, में (आवेरक) अपनी सामात की पुष्टि करता है एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा चान, पता, फोटो और जो विकास इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राम, याचना/या दूसरे उद्देश्य में जुडी मोतिबिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए ऑफक्ट है। मेरे प्रपत्र का विकरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडोसन" व न्यामी ऑफक्ट है।
- मैं (आवेदक) इस बाह से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, पतेले और विवरण जो कि सहायता के उन्देशमाँ से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियाँ का निर्णय अतिम और बाध्यकारी शीमा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आचेरक के हरताधर या अंग्रेट का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हममाल 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 Koshiks 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 ऑचक्त, हरताक्षरी की ओर से मामले/गोगो को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि ने तो वार्मान और न ही भविष्य में विशिष सहायश किसी भैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उस्त ग्रेमी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउनीशन" में सिकारिश/बिनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" हारा मदद हेतु कि है। वॉद "कोशिका फाउन्टेशन" हारा सहाबता विनीत अंतिरुक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनसाथन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्मष्ट कहा जता है कि अस्पताल द्वितीय परंद उका रोगी/मामले हेंतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

🗅 "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक्ष केवल विदिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यतल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यतल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को शोगो और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख

18-3-2025

& Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तकार व रजि. न.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर २