C19/06/0035 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION DATE : ? Building block of life. APPLICATION No.: 19 106 0619 10209 आवेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS अपू-वर्ष SEX firin NAME of APPLICANT: आवेरक का नाम 60 FATHER'S SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाव PRESENT RESIDENCE ADDRESS वृद्धेमान आवासीय पता PESTquatra Parelana PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : RAIS STRIKTING WITH 0209) hirray Same at above OCCUPATION: MARRIED (RISER) / UNMARRIED (SPRIFER) POWING व्यवसाय (Attach Proof of Income) (আয় কা মাধ্য মলৈন) TOTAL ANNUAL INCOME: 20,000 कुल वार्षिक आय PAN No. THE THE THERE ARE YOU AN INCOME YAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर कत है (जो मान्य हो उस पर सही का निरान सम्बर्ध। Yes / No हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवारण Sr. No. Age (Years) Name of Family Member Gender Relation with Applicant क्रम मंख्य आवेदक के साथ सम्बंध परिवार के सन्दरमों का नाम उप्र (वर्ष) सिंग 1, 116010 59 0110 Son Rotha charian 29 M ş. 27 TYT SY HELLI MONIM KALIM M 1 (in) æ. 9 TY rainha SOM BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहत्यता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाम पत्र अल्प अस्य वर्ग प्रमाण पत्र उपयोजन कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रयान पत्र की क्राया प्रति संतान करे। (प्रयान पत्र की साथ इति संतरन करे। (प्रमाग पर की काच प्रति मंतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/बॉक्टर से बारी की गई प्रतिनेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Phthisical Cosina RE TMSC SWILLTE 5/03 + 1101 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दरेख के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sc. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहापता एशी क्रम संख्या अन्य स्थोत का चान SCER

DECLARATION by APPLICANT: अरवेदक प्रण कोषण पर:

- 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 assists
 Sable for rejection/cancellation.
- I solemn'ly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purposa", as stated in this Form, for which such assistance by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in Iuti, from any other source/employen/insurance company, of the artificial for which this assistance is requested.
- 1) मैं पोषण करता है कि इस प्रारूप ने रिये गये सभी निजल मेरी जनकारी के अनुसार साथ एवं सारी है। यदि कोई विवाद पूर्व जन्म जाता पास पास प्रांत साथ है से मेरी सहायदा दिवार की जा सकती है
- 2) मेरे इस को सरापता राति "कॉलिका काठ-देशन", से ती का रही है, उसका इपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के तिथे किया वार्वण, को इस प्रकल में कत एक है।
- मैं पृथ्व काता है कि लिए ग्रहायक देत यह क्रमेंन की गई है, इस क्रीस का अधिक का सकत हिस्स निम्में क्रम क्रीक्रिक्टेक्टवीम कम्मी में न तो तिव है और न ही चरिक्य में लिए।

AGREEMENT by APPLICANT (NORTH THE WORL)

- 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, shoto & 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 sofely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रशा पर अपने इत्ताका पा अंदर्ज की बाप स्थापन, में (अवदेषक) अपनी सहयदि की पुष्टि काता हूँ एवं "कंतिका पाउनेत्त्र और उपको न्यानीमाँ " को अधिकृद काता हूँ कि पेश ताम, पात, जोर्ड और जो विवास प्रश्न में मेंचिया है, उसे "कंतिका" एक्ट् नाली, एक्, प्राथकचा मुझरे प्रदेशन से पुढ़ी मिटीपियाँ और क्यानियां के लिये किसी भी प्रशार मालाव में प्रशासिक करने के लिए अधिकृत है। में प्रयास का विवास में प्रशास करने के लिए अधिकृत है। में प्रयास का विवास में प्रशास करने के लिए "कंतिका पाउड़ेसन" व न्यानी अधिकृत है।
- 2) मैं (आगरफ) इस नात से सबसत हूँ कि मेरा नाय, पता, फोके-और शिक्षक को कि सहातता को उद्देश्यों में प्रापित है मुझे लात: ततायता था हरूदार नहीं बनाया इस सम्बंध में "कोतिका" एवम् उसके नामियों का निर्मय और हायक्कारी होकी

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

200

AGREEMENT by HOSPITAL (SPICE DE STOY)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this caselpatient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm 8 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 assentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same pullent/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 will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & sofety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.

রক্ট প্রক্রিয় হব্যামট পাঁ এই ই জন্মেট্টের কা "নটালের জন্মবলৈশ" से মিটিম মহেনাত ইনু মিনাইয়ে ছট মান্ত হৈ (হণকার) দিল মুক্তর ই নাম্ম ম কামিক জন্ট হী। ৪) বার কি ন বা অন্তর কাঁদ ন মা মবিদন নামিকা কামেটা কিয়া বি মাজেনী জনমান বা কিনাই কাম কাম বাই কাই কাম বা কাই ই से নিক্সালিনিবিট কাম কামনম্ম নাঁ "কামিকা ভাতবলৈশ" প্লায় কাম ইনু কি হী। মহি "কামিকা ভাতবলৈশ" প্লয় হোৱা নিবাৰ কামিকানাত বা কন্ম বাই কি মান্তর কামিকা

विभी अन्य मेर राज्यों संस्था क किसी अन्य सन्तरपत से सहस्था लेने का अधिकार सुरक्षित स्थार है। इस पूरि में स्पर गढ़ा जाता है कि अस्पतास हिसीर मार उत्तर सेपी/जानते हेंहू विभी पैर सरकारी संस्था का किसी अन्य स्टाप्टर से नहीं लेकालीची।

> RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए रोटाति

Date of Surgery ऑप्टेंग्ल को समीव

in the matter.

MCI No.-DE 13/03/

(Name of Dr. & Regn. No. with Stump) देख्टर का नाम व इस्ताबर व रहि. न. (Name, Designation & Stomp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION वास्त्रीक रागोग हेंद्

SIGNATURE OF TRUSTEE 1

SIGNATURE OF TRUSTEE 2

Enfungel

Sicht-