#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 02-4-2025 Building block of life 5/0428 आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिग NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम 64 FATHER'SISPOUSE'S NAME पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PASTE PHOTO HERE takan Gangon Phalsa Sahala tak Prie op Post of Sharimi Devi PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता apole OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) **च्यक्षसाय** TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) NA कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. रशाई साता 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 4 नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Gender Name of Family Member Age (Years) Relation with Applicant परिवार के सदस्यों का नाम इय संख्या उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध 1911/1H BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प अाय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छाचा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को सरवा पति संतपन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलय्न कम संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य महायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. अन्य स्थोत का नाम ली गई सहायता राशी क्रम संस्थ

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदम इस पांचल पा:

- 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 8 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 बापणा करता है कि इस प्रास्त्व में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सत्ती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त को जा सकतो है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायना राशि "कांशिका फाउन्देशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी डदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु या। प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य प्रोत/पियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भाविष्य में त्हुँगा।

# AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा 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.
- (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 प्रपत्र पर अपने इस्तावत या अंगते को छाप लगाकर, मैं (आपंदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता है एवं "कॉरिंगका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेछ नाम, प्रांत, फोटो और तो विवास इस प्रपत्त में प्रोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनक्ष्या दूसरे उद्देश्य में बुढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवास मेरे इन्द्रज के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से महमत हैं कि मंदा नाम, पता, फोटो और विकाश जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एतम उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताक्षर या अंगुड़े का निशान



#### AGREEMENT by HOSPITAL ( EPHINH ETC SUR)

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 आध्यकृत, इस्टाधारी को ओर से मामले/रोगों को "कोशिका काउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे इम (इस्प्याल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।
1) यह कि न तो चर्नमान और न डी अधिष्य में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकारिश/विनित उक्त के सम्थय में "कोशिका फाउन्डेशन" इस मंदर होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतू मन्यूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य में स्थाय या किसी अन्य सम्थान से सहायता लेने का अधिकार सुर्याकत रखता है। इस पूष्टि में स्थाद कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लोगे।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये दपचार/प्रक्रिया का बुनाब रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने बाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

#### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE ARNAB MODAK स्थीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery ADMINISTRATOR Dr. NEH ऑपरेशन को तारीख EE SAMARANPUR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 02-4-2025 (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 आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 यामी हस्ताक्षर । न्यासी इस्ताक्षर 2