APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika (स्वास्थय देखमाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE :19-4-2025 APPLICATION No.: Building block of life. आवेदन संख्या : आवंदन तिथी SEX लिंग AGE-YEARS आयु-वर्ग NAME of APPLICANT: अग्रवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME: all Mus Shaff PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमानु आवासीय पत पिता/काटुम्भ का नाम PASTE PHOTO HERE handlin Pur op Portop Hashmi PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आधासीय पता 10054 abour OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) MAMe **ज्यवसाय** TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) NA कुल वार्षिक आय (आय का सास्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता 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 / मही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Sr. No. Gender आवंदक के साथ सम्बध क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) an may lau 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 अस्य आयं वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को जाना प्रति संलग्न 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 क्रय संख्या SIAGNARI ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No ली गई सहायता राशी अन्य स्वांत का नाम कम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 δ 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 पोपण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवसण मेरी जानकारों के अनुसार सत्य एवं साति है। यदि कोई विवसण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायद्या निरस्त की जा सकता है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गाँश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, दस राशि का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य झोल/नियोजक/बोमा कम्पनी में न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँगा।

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.
- 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 प्रथत पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आनंदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाठंडेंशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और जो किवरण इस प्रथत में बोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचना/वा दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गठिकिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माण्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अतंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा तम, पता, फोटो और विचरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्तामर या अंगृते का निशान



pself

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल क्रांत करा)

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 assentially 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 doubled by the Hospital will

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, हस्तास्ती की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से यान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

में सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनित आशिक/सकल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्मय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्यकल द्वार दी गई सलाइ या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसे प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारो जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

19-4-2025

Dr. NEHA (Brito Mos Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

ARNAB MODAK ADMINISTRATOR

Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्ञामी रामध्य ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर

Safungel

lite_