SRE-C-25-04-1452

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE : 7 7-4-207 (Building block of life APPLICATION No. : आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS जाप-वर्ष SEX fein NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/काट्म्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PASTE PHOTO HERE UNNARALAR KATOKA PunopPost op NKima (0055) PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता about OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Maker Isme व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) Proom MA कल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. THIS THE THEFT 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 / सही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender परिवार के प्रदस्यों का नाम आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या उप्र (वर्ष) ighte in law elmaan BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सज्ञापता के लिये बिनति आधार BPI Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र तपमोवता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न क्रम संख्या lagnast ataliant ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता ग्रशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा क्षेत्रण 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.
- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हैं कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अस्तय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा स्ती है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मंत्रिय में लूँगा।

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 प्रपत्त पर अपने इस्ताक्षर या अंगर्ट की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से बुढी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण वो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाण्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधार या अंगूठे का निशान

P-Self

AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल 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 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

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, हस्ताक्षरी को ओर से मामले/सेगी को "कोशिका फाउन्देशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में शितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उन्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महर्थित विकास कार्यता विनित आशिक/सकल हेतु मन्त्रूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्वश्चन स्थान है। इस पूष्टि में स्पष्ट 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" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई मलाह या किये गये उपचार/प्रॉक्स्या का चुनाम रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृणिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति ARNAB MODAK Date of Surgery ADMINISTRATOR ऑपरेशन को तारीख Dr. NEMA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 22-4-2025 (None Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर ।