#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) oshika (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation Building block of life. APPLICATION DATE: 06-05-25 APPLICATION No. : आवेदन संख्या : आवंदन तिथी AGE-YEARS आयु-गर्ग SEX firm NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME Vino) Kumay पिता/कटुम्म का नाम Distir humbunus Buhana 78h --Bungage 233502. PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Rellasthein-PostoP Preop A glove OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) maker Home TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) (असम का साध्य संलग्न) क्ल वार्षिक आय MA PAN No. 전대한 캠페이 대중에 (기) ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): PAN No. स्थाई खाता संख्या Yes/No हां । नहीं क्या अराप अराप कर दाला है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Relation with Applicant Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम क्षम संख्य उम्र (वर्ष) लिंग MI BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता को लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) उपयोज्या कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की कांगा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्य formal t SCHIE mo III ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्टोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. अन्य स्वीत का नाम ली गई सहायता राशी क्रम संख्य Offile

### 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 & 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 चोपना करता हूँ कि इस प्राप्तप से दिवं गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय गया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक राश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया व्ययेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्टि करत हूँ कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, इस राशि का ऑशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य 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 प्रयत पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कर्तिशका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चान, पता, फोटो और जो विकाश इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याकना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माण्यन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवाश मेरे इलाज के पठले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हरताधर या अंगुठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पक्त इस 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 essentially states that the Hospital will not avail any quite cate 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

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 की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिष सहायता हेषु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सतामता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्केत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिका/स्काल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तामन से सहायता लेने का अधिकार मुर्गक्षन रखता है। इस पूष्टि में स्थय 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 फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाव या किये गये उपवार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विवय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या विवयेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की वारीख	Dr. Moho Rameez Reza M.B. Shek and J. Repn. No. with Stamp)	(Name, Designation A Sunity and Office Signatory Dr. Shroff Sophaltof Hospital)
	Reg. NORUMERNAL USE OF KOSHIKA	FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 ऱ्यासी हस्ताकर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
Safangel		lit E