APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)			Koshika foundation	
APPLICATION No.: S/0625/0167				CATION DATE	12-(5-25	Building block of life.	
NAME of APPLICANT		LOTOL		AGE-YEARS	ापु-वर्ष	SEX लिंग		
आवेदक का नाम Mus. SUFLYA				53		F		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम		4. Savafu	ai					
	TITLE C	PRESENT RESIDENCE ADDI	RESS वर्त	रान आवासीय पर			PASTE PHOTO HERE	
MALLE	D. La de	thananguy	Sana	rangi	01,		Para Do Parton	
							Pur op Postop SUFIXA	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता							SUFTXH	
	San	u as above					(0167)	
OCCUPATION: HOME MARKET (BRIDE							त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM	444					tach Proof of	income) _ , A	
बुल वार्षिक आय	40	,000 (famile	the	ome		प्राय का साध्य		
PAN No. स्थाई खाता संस	BFI N	A						
ARE YOU AN INCOME.	TAX ASSESSEE (है / ओ पान्य सो उ	Tick whichever is applicable): स. पर. सही का निशान लगाये।		Yes/N Yi/N	0			
44 501 501 50 600	p 1 m - u + bi - u	0 10 001 10 110 1 C 0 11	FAMILY C	ETAILS VITUE	_			
Sr. No.		me of Family Member	A	ge (Years)		Sender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	CO	वार के सदस्यों का नाम	1 2	उस (वर्ष)	-	लिंग	आवेदक के साथ सम्बंध	
(1)	1 34	Adil	1	19		ŭ	Core	
(3)	Fie	man	0	26			Salghter in law	
	1	aliana	-	25		-	Soughten in Jaw	
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये हि		ICE (Tick which	nover is a	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसरन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Cop अत्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संतर		(A)	ation Car tach Co; भोक्ता क ो समा प्रा	py) Iš	Any Other Basin/Proof अन्य कोई सास्य	
				ESTING ASSIST				
Sr. No. ऋम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न						
		0 0			0			
biognosis - RI - Seniu Cataraci							wact	
	111111111111111111111111111111111111111	senile caracet						
	SI	ungerry - RE-SICS WITH PMMA						
	1	ASSISTANCE BEING AVAIL	ED for SA	AE -DIIDDOGG	from O	THER SOURCE	FS	
		इस उद्देश्य के हेत् कोई						
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम					र्न ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई सहायता यशी	
						V		

DECLARATION by APPLICANT: आणेएक द्वारा घोषणा पार:

- 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 पोषणा काश हूँ कि इस प्रारंप में दिये गये सभी विवाण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सती है। यदि कोई विवाश एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्यता गरिंग "कोशिका फाउन्डेशन", से ली 'वा रही है, उसका उपयोग उसी उपेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, वो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायदा हेतु यह प्रार्थना की याँ है, उस गाँश का शाँशक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रांकनियोक्काओया कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय से सुँचा।

A.GREEMENT by APPLICANT (SHORES THE WATER)

- 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 "purposa", 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 (Applicent) 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 seld assistance. The decision for granting end/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.
- () इस प्रयत्र पर अपने इस्ताक्षर पा अंगठे की बाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंद्रेशन और उसके न्यामीयों " को आंधकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो चिवरण इस प्रयत्र में पीफित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, यान, पावना/वा यूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इताज के पाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउड़ेंगन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा जाम, पता, फोटो और कियरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नही बनाता। इस सम्बंध में "कोरिका" एलम् उसमे न्यांसियों का निर्णय ऑस्प और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अरबेदक के हस्ताधा या अंगुड़े का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (शम्लाल क्या करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 अधिकृत, हस्ताक्षणे की ओर से मामले रोगी को "कोशिका फाउन्होशन" से मितिय सहायक हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में मितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उका रोगी/मामले में लीगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होंशन" से सिफारिश/मिनति उक्त के सम्बर्ध में "कोशिका फाउन्होंशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्होंशन" द्वारा सहायता सिनति आशिकारसकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित शक्त है। इस पृष्टि 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. "नवेशिका फाउन्टेशन" से ली गई महायता केवल चितिय प्रकृति की है। येगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का धुनाव गेगी एवं इस्पताल

के बीच का निषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हलाव सुरक्ष और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्मिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

ARNAB MODAK ADMINISTRATOR SCEH SAHARANPU...

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख

12-6-25

DMC No.- 20634

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व र्राज. न (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ন্যম ৰ पर हस्पताल অधिकृत অधिकारों

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यस्मी तस्त्राधाः 2

Sufungel

lite