APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखमाल)						Koshika foundation	
APPLICATION No.: 1/0825/ 038 2				CATION DATE : ्रिट् तिथी	5/08/25	Building block of life.	
NAME OF APPLICANT : Kesudas				GE-YEARS आयु-वर	SEX FEIT		
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्प का नाम	IAME: Kac	si Purasad					
Jahangie Dangeli.	banga	PRESENT RESIDENCE ADD	1 action	nas U.P. ?	181202	Penergy Postop	
	Se	me as	abor	· e			
OCCUPATION: Labour MARRIED (न्त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 60 ७०%/ (Attach P							
PAN No. स्थाई खाता संस् ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (T	lck whichever is applicable १ पर सही का निशान लगाये।	p):	Yes / No ਗੰ/ ਜਗੋ	1		
क्या आप आप कर दाता	ह (जा मान्य हा ०१	तर सह। का ग्रह्मान लगाया	FAMILY I	DETAILS परिवार विव	बरण		
Sr. No.		ne of Family Member		ge (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ सम्बंध	
क्रम संख्या	Sign	शर के सदस्यों का नाम . वि ग्रीचंग्री		62	F	Wulfe	
7	2.1 + 00/019		36		m	con	
7	Sarda			71	E	Daughter In Law	
s. Sa		724		31		yası sanı	
		BASIS for REQUESTI	NG ASSISTA	NCE (Tick whicheve	r is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे।		सहायता के लिये विनर्तत आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आग वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलम्म करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
		"PURPOS 用影響	SE" for REQU ता हेतु किये ग	JESTING ASSISTAN ापे विनती का उद्देश्य	CE:		
Sr. No.							
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न RE — Catevact						
	LE- Catanart						
	SUMPERY - (BE) - SICS + PMMA						
		Surgery - (BE) - SICS + PMMH					
-			कोई अन्य सह	AME "PURPOSE" fr गयता किसी अन्य स्त्रोत	त से लिया गया ही	7	
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER अन्य स्त्रोत क			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
	CA)TR.C.	DRCZ.			0000/		

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.

2) 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 पीपणा करता है कि इस प्रारूप में दिये एवं सभी विवस्प मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। घरि कोई किवरण एवं कथन असला पाया जाता है तो मेरी सहस्वता निस्त्त की जा सकती है
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता शांश "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्ति व्हें लिये किया जायेगा, जो इस प्रकृप में भरा गया है।
- में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोछ/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवनेदक 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 प्रस्त पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की साप लग्यकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यालीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा ग्रम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयम में बोधित है, उसे "कोशिका" एवन् न्यासी, दान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुटो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउटोमन" म न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का क्षकदार उड़ी बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑडम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (Sevenies gitt wort)

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

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, इस्ताक्षरों को आंद सं मामले/गोंगों को "अोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की बातों है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो थामिन और न ही मिक्स में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकारिश/विनति उक्त के सम्बर्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "ऑशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनति ऑशिकारसकल हेतु मन्तुर नहीं किया बाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बर्धन से सहायता लेने का अधिकार सुर्शिश रखता है। इस पूष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बर्ध से तही लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से लो गाँ सहायता केवल वितिष प्रकृति को है। गेगी पर इस्पताल द्वारा यी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का नवा क्रिकेट प्रकृति को है। गेगी पर इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई द्वारा नहीं है। इसलिये इस्पताल में गेगी के इलाव सुरक्षा और अपने किसी का विषय है। इसलिये इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या विषयेदारी इस मामले में नहीं होगी।

DR. PRAVEEN SEN SHAHI स्थीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery आंगरेशन को तारीख

26/08/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

बाक्टर का नाम व इस्ताकृत व रहित, प

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION. आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्तावर 2

प्रिक्तिप्रपृत्री