APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थर देखपाल)						Koshika
APPLICATION No.: V/o 8 25/0386			APPL	ICATION DATE : ्र विमी	25/08/25	Styllding black of Illa.
NAME OF APPLICANT: Shomti Devi				AGE-YEARS STITE	वर्षे SEX लिंग	90 1 6
FATHER'S/SPOUSE'S। पिता/कटुम्म का नाम	NAME: OT	yanesh				
- Partition of the same	, ,	PRESENT RESIDENCE ADDR	aja	, crove	ndhang	Paste Photo Here Pereop Postop
- du		ATHURA DE	ESS: TH			
	-	same as	ab	ove		
OCCUPATION : व्यवसाय	210	me make	7			त) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	ME:	S7000/- (	Fai	milyo	(Attach Proof of (आय का साक्ष्य	
PAN No. स्थाई खाता सं	941	Tick whichever is applicable):		Yes / No		
क्या आप आय कर दाता	है (ओ मान्य हो उ	र पर सही का निशान लगाये।		हाँ / नहीं DETAILS परिवार वि	aaam	
Sr. No.	Nar	ne of Family Member	1	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम	-	उप्र (वर्ष)	्रिनंग <b>/</b> //	आवेदक के साथ सम्बध HUX-bomd
- 2.				.31	m	Son
	stans-ray			اک	- // )	3.071
3.			+			
			1			
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि			ver is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्षया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छामा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
				UESTING ASSISTA गर्मे विनर्ती का उद्देश		
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न BE - Catavact					
	LE- caterart					
	SWILLERY - (E) - STCS + PMMA					
-						
			1			
	1					
		ASSISTANCE BEING AVAIL	ED for S	AME "PURPOSE" f	rom OTHER SOUR	DES
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE					of ASSISTANCE BEING AVAILED
क्रम संख्या	ARC	अन्य स्त्रोत का नाम, क्रि			2000/	ली गई सहायत यशी

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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 घोषणा करता है कि इस प्रकृष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सर्ही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असस्य पाचा जाता है तो मेरी सहस्यता निस्स्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा नही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सरावता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोगक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पनिष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT ( अवेड्क 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.
- 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 प्रया पर अवने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा खम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रथा में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासो, दान, याचन/पा दूसरे उद्देशम से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपन्न का विकास मेरे इलाज के सहते या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, बता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का इकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्मय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्थदमा को सस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL ( #1981# द्वारा अध्यर)

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 assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility

हमारे ऑधकृत, हस्ताकरी की ओर से मामले/रोगों को "कॉशिका फाउन्डेंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते है। वा कि न तो वर्तमान और न ही धाविष्य में वितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या जिस्सी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंबन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा सहस्वता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है वो अस्पनाल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से महापता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर घरकारी संस्था या किसी अना साधन में नहीं लेगा/लेगी। 2. "कांशिका काउन्हेशन" से ली गई सहायता केवल चितिय प्रकृति को है। रोगों पर हस्यताल द्वारा दो गई सलात या किये गये उपचारप्रक्रिया का 🗩 पर्वं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और

की होगी और "कोशिका" भी बोई पुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। DR. PRAVEEN SEN SHAHRECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Administrator

MBBS, DNB, OPHTHALMOLOGY Date of Surgery Reg. No. 97415 ऑपरेशन की तारीख Time.....De

> (Name of Of. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताधा व रजि. न.

(Name, Designati Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम च पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यामी हम्ताहर 🤈

26/08/25