APPLICATION No.:  STORT OF THE STORE STOR	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)			Koshika foundation	
AGE-YEARS SITE AND SEX FETTY  FATHER SISPOUSE'S NAME:  PRESENT RESIDENCE ADDRESS परिमान अमारानेष पता  PRESENT RESIDENCE ADDRESS VICTOR AD	APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	PPLICATION DATE : 14-08-2024						
RANGE BEAGE STANKE  PRESENT RESIDENCE ADDRESS WHAT AURITH VITE  PRESENT RESIDENCE ADDRESS WHAT AURITH VITE  FATELA PLUS ADDRESS WHAT AURITH VITE  PRESENT RESIDENCE ADDRESS WHAT AURITH VITE  PASTE PHOTO HERE  PA	NAME OF ADDITIONAL		- A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	A THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO	शयु-वर्ष	SEX लिंग	AND AND	
PATTER PROPOSES BANKE:    PRESENT RESIDENCE ADDRESS होगान अध्यायीत यह						f		
SALAGUA SALAG	FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME:	Yero Mondy	γ .				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रखो आणामीप पता  S.AME US A DOLLE  S.AME US ADDRESS: रखो आणामीप पता  S.AME US ADDRESS: रखो आणामीप पता  S.AME US ADDRESS: रखो आणामीप पता  MARBIED (Builder)   UNMARRIED (अभिजामित)  TOTAL AINHAL INCOME:  पूर्त वार्षिक आण  ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (TICK whichever is applicable):  पता अग्र अग्र कर खुत है (औ मान्य हो अग्र पर सहे जो पताव लगाये।  FAMILY DETAILS परिवार विचारण  FAMILY DETAILS THE AIR ASSISTANCE  HERETING FROUESTING  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  FROUESTING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  FROUESTING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  FROUESTING AVAILED  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES	fada la A	81711 21	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	s वर्तमान आवासीय प			PASTE PHOTO HERE	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वातं आधारांचेष पता  S.AME US A DOLLE  S.AME US A DOLLE  MARBIET (Reality) UNMARRIED (offention)  TOTAL AINHAL INCOME:  पुता चारिक आप  ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (TICK whichever is applicable):  स्वा आप अग्र कर वात है (को मान्य हो उस पर सहो का निरात स्वात स्व	10000	Mane	The That will	n. Vitta	11		Percan Post an	
DECUPATION:			Pundesh	24730	11		A COST OF	
DCCUPATION :		P	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	5 : स्वर्धा आवासीय पर	T		(0480)	
प्रतिक्रा प्रतिक्र आप  (अप का साह्य संस्त्र)  (अप (अप का साह्य संस्त्र)  (अप (अप का साह्य संस्त्र)  (अप का साह्य संस्त्र)  (अप (अप का साह्य संस्त्र)  (अप का स		\$	ame as abo	UC			7	
TOTAL ANNUAL INCOME:	OCCUPATION:	Hemi	Makey		N/A	ARRIED (Pauled	) / UNMARRIED (अविवासित)	
REY YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  श्रा अप आप कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निराम रहमारे  FAMILY DETAILS परिवार विवारण  FROM THE TAX ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  ###################################	TOTAL ANNUAL INCO			1 Ducation	) (A	ittach Proof of in जाय का साहच स	icome) NA	
ARE YOU AND MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  पक गण आण कर राजा है (जो पामा हो उस पर सही का निरायन समार्था  FAMILY DETAILS परिवार विवारण  FREI Conder of the state of t	9	ea NA	TODO CHAMA	Jan Bre	9	SHADON PRACTICAL	And the state of t	
FAMILY DETAILS परिवार विवारण अप संख्या परिवार के सदस्यों को वाप उड़ (वर्ष) अप संख्या परिवार के सदस्यों को वाप उड़ (वर्ष) अप संख्या परिवार के सदस्यों को वाप सम्बंध अप संख्या परिवार के सदस्यों को वाप सम्बंध अप पर को को वाप अप सम्बंध अप पर को को अप अप को अप अप को अप अप अप को अप	ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable):			i i		
St. No.  Name of Family Member प्रिया के प्रस्थी का नाम प्रिया के प्रस्थी के नाम प्रिया के प्रस्थी के नाम सहित्य नाम सहित्य  Assistance being Availed for Same "PURPOSE" form OTHER SOURCES हम सहित्य के ने कु को अन्य सहित्य कि नाम जो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	क्या आप आप कर राग्ना	6 (a) 41-4 0) c	Service Control of the Control of		1154.50	[:		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायात के सिर्च विनाति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्षमा प्रति मंतानन करे। (प्रमाण पत्र को क्षमा प्रति मंतान करे। (प्रमाण पत्र करे) (प्रमाण पत्र को क्षमा प्रति मंतान करे। (प्रमाण पत्र करे) (पत्र पत्र करे) (पत्र पत्र पत्र करे) (पत्र करे) (पत्र पत्र करे) (पत्र कर		Na	me of Family Member	Age (Years)	_	Gender		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहारत के लिये पिनाति आधार (Attach Card Copy) गरिको रेखा के नीचे प्रमाण पव (अमान पव को छावा प्रति संतमन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (अमान पव को छावा प्रति संतमन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (अमान पव को छावा प्रति संतमन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता है, किये गये पिनाती का वर्दश्यः  "Basis (अमन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता है, किये गये पिनाती का वर्दश्यः  "REQUESTING ASSISTANCE (अमान पव को छावा प्रति संतमन करे।  "अमन कोई साहय  "		\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	क्षर के सदस्यों का नाम		<b>—</b>	लिंग	आवेदक के साथ सम्बंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) भरिकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति मंतरन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छाया प्रति मंतरन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  "Ration Card (Attach Card) (Attach Card) (Attach Capy) अल्प आच को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति मंतरन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  "REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छाया प्रति मंतरन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  "Ration Card (Attach Copy) अल्प आच को छाया प्रति मंतरन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  "REQUESTING ASSISTANCE BEING AVAILED  AND TO TASSISTANCE BEING AVAILED  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	(2)	F	Eral		+ +	V	San	
BPL Card [Attach Card Copy) परिका रे तो में प्रमाण पत्र (Attach Card Copy) परिका रे तो में प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसान करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विमारी का उद्देश्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संसम्प  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	(8)		Istian	75	1	9	son	
BPL Card [Attach Card Copy) परिवर्ग ते नीचे प्रमाण पत्र (Attach Card Copy) परिवर्ग ते नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसान करे।  "PUPPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विमती का उद्देश्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/कॉकर से जांग्रे की गई प्रतिवेदन सूची संसम्म  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अस्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अस्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED					+			
BPL Card [Attach Card Copy) परिवर्ग ते नीचे प्रमाण पत्र (Attach Card Copy) परिवर्ग ते नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसान करे।  "PUPPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विमती का उद्देश्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/कॉकर से जांग्रे की गई प्रतिवेदन सूची संसम्म  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अस्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अस्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED								
BPL Card [Attach Card Copy) परिवर्ग ते नीचे प्रमाण पत्र (Attach Card Copy) परिवर्ग ते नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसान करे।  "PUPPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विमती का उद्देश्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/कॉकर से जांग्रे की गई प्रतिवेदन सूची संसम्म  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अस्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अस्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED								
BPL Card (Attach Card Copy) (At								
BPL Card (Attach Card Copy) (Attach Card Card Copy) (Attach Card Card Card Card Card Card Card Card		+			+			
(Attach Card Copy) गरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संसम्भ करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/कॉकर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संसम्भ  **PURPOSE** for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/कॉकर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संसम्भ  **PURPOSE** for Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/कॉकर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संसम्भ  **ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य महायता किसी अन्य भशीत से लिया गया हो?  Sc. No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick whi	hever is	applicable)	·	
(Attach Copy) परिवार रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संसन्त करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्ती का उद्देश्य:  Sr. No.  कम संख्या  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो?  AME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	(Attach Card Copy)				(Attach Copy)		Any Other	
अभ्याप पत्र की छाया प्रति संतर करें। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतर करें। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतर करें। अभ्य का छाया प्रति संतर करें। अभ्य का छाया प्रति संतर करें। अभ्य का छाया प्रति संतर करें। अस्पताल हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  St. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कॉक्टर से जारी की ग्रां प्रतिवेदन सूची संतर न  अस्पताल/कॉक्टर से जारी की ग्यां प्रतिवेदन सूची संतर न  अस्पताल/कॉक्टर से जारी की ग्रां प्रतिवेदन सूची संतर न  अस्पताल/कॉक्टर से जारी स्रां प्रतिवेदन सूची सूच							Basis/Proof	
अप्रमाण हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  St. No.  Medical Reporta/Prescriptions Attached अस्मालल/कॉक्टर से जारी की गर्य प्रतिवेदन सूची संलग्न  DIUGNOSIS — RE — STAILL (afostant  LE — STAILL (afostant  LE — STAILL (afostant  Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  St. No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED							अन्य कोई साक्ष्य	
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached  अस्पताल/कॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलंगन  11 (1908)8 - RE - SENILL CATOLICE  LE - SENILL CATOLICE  SUNGERY - LE - STUS WITH PMMA  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य श्लोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	- CATE TO THE SECTION OF	that (2004) 1 (2004).	CONACTO DESCRIBINADO CON					
क्रम संख्या    Diagnosis - Re - Senile Catoualt				Control Contro				
DICIGNOSIS - RE - SPAILE CATOLICAT  LE - SPAILE CATOLICAT  SUPERING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात में लिया गया हो?  St. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED								
Suggery - LE - SENSE CATORICE  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	क्रम संख्या	अस्थताल/ढाँक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
Suggery - LE - SENIL CATOLICE  Suggery - LE - SECS With PMM  Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED								
Suggery - LE - SECS With PMA  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया को?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		1000						
Surgery - LE - SICS With PMMA  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		Diagnosis - RE - Strill Catoriact						
Surgery - LE - SICS With PMMA  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	33.6	LE - Senile Catallact						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		1	NAME OF TAXABLE PARTY.	1				
इस उद्देश्य के हेंतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	1	SUNGRUM - LF - SECS WITH PHIMA						
इस उद्देश्य के हेंतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED								
इस उद्देश्य के हेंतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		1						
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED							5	
- 17月1日27日	Sr. No.	T						
						11986-710-115	सी गई सहायता रागी	
		-			+			

## DECLARATION by APPLICANT: आनेदार द्वारा प्रांपण पत्र:

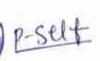
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी निकरण मेरी जानकारी के अनुसार मान्य एवं सही है। यदि कोई विकाण एवं कथन असान प्रथा जाता है तो मेरी सहायता निस्स्त की जा सकती है।
- 2) भी द्वार जो सहायता गृहि "कोहिका फाटन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपर्णंग उसी उदेश्य को पूर्ति के लिये किया ऋषेण, जो इस प्राक्य में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑशक या सकल हिस्सा किसी अन्य फ्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भवित्य में लींग।

## AGREEMENT by APPLICANT ( MINTER BY WHIT)

- 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.
- 🛾 इस प्रपत्न पर अपने इस्ताक्तर या ऑपटे की काप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सक्तर्यात की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका कारडेंशन और उसके न्यासीयों " को ऑधवृत करता हैं कि मेरा नाग, प्ता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत में **घोषित है**, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचनात्मा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माप्यम से प्रशांति करने के लिए कपिष्कृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- मैं (आवंदक) इस बात से सहसत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बसाता। इस सम्बंध में "भोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेशक को हस्ताक्षर या अंगुरे का निवान



## AGREEMENT by HOSPITAL (#FFFBH SHI WELL)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatury 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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हरताक्षरी को ओर से मामलेखोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय स्कायता हेतु सिफारिश की जाती है, क्लि इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न तो मर्तथान और न ही पविषय में विशिय सहापता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे वा ले रहे है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिफारिस/विमति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाठन्देशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति आशिकरसकल बेहु मन्तुर नहीं किया जाता है तो जस्पातल किसी अन्य गैर सरकारे संस्था या किसी अन्य सन्साधन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में प्रमध् कहा जाता है कि अभ्यताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/भागले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साथन से नही लेगा:लेगी।

2. "क्रॉशिका फाउन्डेशन" में तो गई सहायता केवल विशिध प्रकृति की है। रोगी पर इस्थतल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनान रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फउउ-डेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हरण्याल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अने जाने की सारी जिसमेदारी रोगी एवं हरमजात की होगी और "कोशिका" की कोई भूभिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery जॉपरेशन की तारीख 18-08-2024 OT. SUMIT MALIK DMC No.-12751

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न.

ARNAB MODAK ADMINISTRATOR

(Name Colland on the Search Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम च पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2