# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत आवेदन प्रारूप

(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल)



	adian of anath with					foundation		
APPLICATION No. :	5109	1092410560 APPLICATION DATE: 12-09-20		-09-2024	Building black of life.			
NAME of APPLICANT :	-0100	21/0000	AGE-YEARS	नापु-वर्ष	SEX PM			
आवेदस सा नाम	Mero	Raigal	50	X.	M	107		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mer Kewaltan								
1780000	e milk	PRESENT RESIDENCE ADDI	REBS वर्तमान आवासीय		,	PASTE PHOTO HERE		
Kamble		the HAR	Phagesh		7121	PULL OF POST OF		
	41	ERMANENT RESIDENCE ADDR	stee , and morely m			Pull of Post of Rospal (0560)		
		ERMANENT RESIDENCE ADDI	१६३३ : स्वतः अत्यासाय प	и		Kapac (0360)		
	Sal	me as ab	DUC					
OCCUPATION: Labour MARRIED (FIGURE						) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : पृष्ठि । 000					(Attach Proof of Income) (आय का सक्य संलग्न)			
PAN No. YELF BIRTH	The second second second	000		- 24	303 30 300	(A)		
ARE YOU AN INCOME T	TAX ASSESSEE (	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes /	No नही				
		77-74-110-7	FAMILY DETAILS THE			200000000000000000000000000000000000000		
Sr. No. क्रम संख्या	Na Vi	ine of Family Member रंगर् के सदस्यों का नाम	Age (Years) उद्य (वर्ष)		Gender लिंग	Relation with Applicant आयेरक के साथ सम्बध		
(32	*KO	ubala	- MO		<i>K</i> '.	VI I offe		
(3)	8	met	202	-	M	Son		
101	Time V		100000		Harris I	3040		
			46.50	-				
				+-				
				+				
		BASIS for REQUESTING		chever is	applicable)			
सहायता के लिये विनति आधार								
BPL Card EWS Cer (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप व (प्रमाण पत्र की क्षण प्रति संस्थ्य करे।			पत्त उपयोग		opy) कार्ड	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साह्य		
			for REQUESTING ASSI		51			
		सहायता	हेतु किये गये विनती का उ	(34.)				
Sr. No. कम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जस्मताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संल							
Nagrosis - RE - PSCLACEROLIC						WAIR		
10	Charleson	=1.00	18.0	0				
	DIEDJO I	the transfer of the transfer o	16-51	ni	ll (d	Haract		
		TO PLANT IS	1 0					
		sungery-	16 - 5	10	WIT	h PMMH		
	1	0 0						
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेत् कोई	ED for SAME "PURPOS अन्य सहायश्चा किसी अन्य	E" from ( स्वोत से	other source लिया गया हो?	8		
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		URCE	T		ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	। संख्या अन्य स्त्रोत का नाम				सी गई सक्रायता राती			

## DECLARATION by APPLICANT: आनंदम द्वार योगमा एक:

- 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) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार मत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रथा जाता है तो मेरी महागता निरम्त की जा सकती है।
- 2) मेरे क्षर जो महाचन रहित "कॉरिका फाउन्टेंशन", से ली का खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया कार्यण, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सक्षापता हेतु पढ़ प्रार्थना की गई है, उस शांत का आंशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य खोल/नियोजक,बोमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

# AGREEMENT by APPLICANT (अवनेदन द्वार असर)

- 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 प्रया पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाव लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को आध्वकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रयत में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचनात्वा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि भेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उट्टेश्मों से खर्मित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् उसके न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाष्यकारी होगा।

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

आवेदमा भी शरसाक्षर या अंगूडे का निशाप



### AGREEMENT by HOSPITAL (EPHINE IN WIT)

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

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, हस्ताक्षरी को ओर से भामले दोगी को "कोशिका फाउन्होंगन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हरमजात) निम्न प्रकार से मन्य व न्योकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तकान और न ही भविष्य में थितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य क्योत से उनत रोगी/स्थमले में लेंगे या ले खे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका जाउन्होंगन" में सिपारिश/विनित उनत के सम्बंध में "कोशिका काउन्होंगन" हार सदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्होंगन" हार सहायता विनित ऑशिकारसकल हेतु मन्तुर नहीं किया नाता है तो अस्यवाल विभी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्यायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्यवाल हिताय मदद उकत रोगी/मायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साध्यन से नहीं लेगा/लेगी।

2 "कोशिका फाउन्टेशन" में ली गई सवापता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा से गई मलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाय रोगी एवं इस्पताल के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाद नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने को सारी जिल्लेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धुनिका या जिल्लेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE, स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

12-09-2024

Dr. Monika Jasrotia DMC No.-5208

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ভাৰতে কা নাম ব চনোধা ব বনি. ন ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

on pensit of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Sufungel

lite