SRE- C-23-03-1210

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)			Koshika	
APPLICATION No. :	APPLICATION DATE	04-03	2025	Building block of Ma			
NAME of APPLICANT	. 1	924	AGE-YEARS ST	त्यु-वर्ग se	X firin		
FATHER'S/SPOUSE'S TVIL/INGER BI HIT	NAME:	· Sunchari	2 Singh	-11			
HILL	ofher c	PRESENT RESIDENCE ADDRE		NEUD	1	PASTE PHOTO HERE	
Beha	t, ut	the relad	Esh, 24	7451		Pull of Post of Sunchari	
	SAL	nmanent residence addre				(0924)	
OCCUPATION:	AND II-			MARRIE	क्र (विवाहित)	UNMARRIED (अविवाहित)	
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCO ब्रह्म वार्षिक आय	ME: U	ne Maker 1,000 (fami	Ly Promi		Proof of Inc	ome) A J O	
PAN No. TRIÉ BIRE NE ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (T	lick whichever is applicable):	Yes / N	0 _			
भवा आप आप महर राजा	है (जो मान्य हो उस	। पर ससी का निष्ठान लगाये।	हाँ / ह				
Sr. No.		ne of Family Member	Age (Years)	Gend	And the last of th	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम		उम्र (वर्ष)	िलिंग		आवेदक के साथ सम्बंध निप्यतिकाल	
1 II	tishishek o		29	M		Son	
191	Hohinal		25	19		Son	
(3)							
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन		never is appli	cable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संतान करे)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संस्थन	A) 75:	ation Card ttach Copy) प्रभोक्ता कार्ड ने काया प्रति संस्	सम्बद्धाः	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			or REQUESTING ASSIS १ किये गये विनती का उद				
Sr. No. प्राम मोहादा		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्यताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न					
	d.	iagrosis -	- RE- P	su		açic	
		LE- Total Senie Catabact					
	3	wigery -	LE - S	226	Wit	h PMMA	
		ASSISTANCE BEING AVAILED	D for SAME "PURPOSE	from OTHE	RSOURCES		
इस उद्देश्य के हेतू क Sr. No. NAME of OTHER S क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का					MOUNT of A	शि of Assistance Being Availed सो गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आनेदक क्रम प्रांतका 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.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshike 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 δ 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 प्राक्त्य में दिये सबी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेर द्वार जो सहायता राशि "काशिका काउन्देशन", से लो जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जानेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोठ-नियोजक/बीम कम्पनी से न तो लिया है और न तो पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SPRING BR) WIR.)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षा वा अंगर्ड को छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी महम्मित को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउँडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेंछ नाम, प्रश्न, फोटा और और अपनिक्षण के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवास मेरे इलाव के पहले में करने के लिए "भोशिका काउँडेमन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आनंदका) इस बात से सहसत हूँ कि मंद्रा तम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्राधित है मुझे स्वतः सहायता का तकवार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबंदक के हस्ताध्य या अंगुटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (KHAME DO WOLL)

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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्तामारी की ओर से मामले/योगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की नाती है, जिसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न शे क्लांगर और न ही प्रविध्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान मा किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे मा ले तो है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदर हेतु कि है। सिंद "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वतित आशिक/सक्तल हेतु मन्तुम नहीं किया जाता है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सतायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कता जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "क्रोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगों पर ठरपताल हारा दी गई समाह या किसे गये उपकार/प्रक्रिया का कुनाव रोगों एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "क्रोशिका फाउन्डेशन" हारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "क्रोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

ARNAB MODAK RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE ADMINISTRATOR Dr. Monika Jasrotia DMC No.-5208 स्वीकृती के लिए संस्तुति ADMINISTRANPLAND ADMINISTRANPLAND HARANP HAR **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख 04-03-2025 on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी द्यावटर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION व्यन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्वासी हस्ताक्षर ३