SRE- C-15-03-1161

### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (खास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 20-3-2025 APPLICATION No. : **Building block of life** आचेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ग SEX fein NAME of APPLICANT: भागेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/ऋदम्भं का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आन्त्सीय पत PASTE PHOTO HERE MATRY Pruop Postop Santosh ianpur PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता 10957 a pouc OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Home व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) कल वार्षिक आय ncome (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / लही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संस्य परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (धर्ष) आवेदक के साथ सम्बध ushana BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) राहायता वे तिनवे लिनति अपभाग BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अस्य अवय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलान करें। (प्रमाण पत्र की ग्रामा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या iagnost ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्थोत का नाम क्रम संख्या

# DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा योगणा 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.
- is 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) मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार सत्य एवं सत्ती है। चरि कोई विवरण एवं कथन असस्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सरायता गाँश "कोशिका फाउन्टेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी डदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्ट करता है कि जिस महायक हेत यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निधोक्क/बीमा कस्पनी से न तो लिया है और न ही मीतव्य में नैंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रत्य पर अपने हस्ताका या अंगडे को बाप लगाकर, में (अवंदक) अपनी सहमीट को पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउंडरल और उसके त्यामीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, पतारों और जो जिवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् त्यासी, रात, वाबनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्मों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकप उसके न्यांक्य का निर्मय ऑतम और वास्प्रकारी होगा।

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

आवेदक के वस्ताधार या अंगृते का निशान

( PSelf

AGREEMENT by HOSPITAL (EFFICIENT STO WORL)

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:

that we relither 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.

हमारं ऑप्यकृत, तस्ताक्षते को आर से मामले/तेगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिरकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही धोवस्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

- में सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिका/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्तित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/सामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लंगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सवायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वार दी गई सलाह या फिये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई पृथिका या किम्मेदारी इस पामले में नहीं होगी।

#### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति ARNAB MODAK **Date of Surgery** Dr. Monika Jasrofie ऑपरेशन को तारीख ADMINISTRATOR (Name Resignation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 20-3-2025 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक ठपयोग होत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2