APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 21-3-2025 Building block of life APPLICATION No. : आबंदन तिथी आसेश्य संख्या AGE-YEARS SITE-TH SEX Rin NAME of APPLICANT: आसंदक का नाम 68 FATHER'S/SPOUSE'S NAME PRESENT RESIDENCE ADDRESS TO पिता/कटम्प का नाम वर्तमान आधासीय पता PASTE PHOTO HERE Puratap Pull of Post of Satpal Singh PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : ENIS SHEIRITH VIII about Same OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) **ज्यवसाय** TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) JA (आय का साध्य संलग्न) कल वार्षिक आग PAN No. THE BEST THEFT ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। तां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Gender Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Sr. No. उम् (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध लिंग परिवार के सदस्यों का नाम क्रम संख्या 1921 Jan aught BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) BPL Card **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof उपमोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संतरम करे: (प्रमाण पत्र की खावा प्रति संशन 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 सुधी संलग्न क्रम संख्या nanosi ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया ही? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. सी गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: जानंदन द्वार भाषणा पत्र:

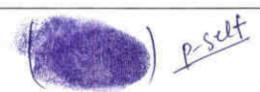
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any liable for rejection/cancellation
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्ररूप में दिये गये मुंची विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विकाण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सतावता निरस्त को जा सकती है।
- मेरे द्वार को सहस्वता राति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उरेश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राक्षप में परा गया है।
- में पुष्ट करता हैं कि जिस सहायता हेतु घर प्रार्थन की गई है, इस गृशि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोलियांनक बीमा कम्पणी से न जो लिया है और न ही भविष्य में नौगा।

AGREEMENT by APPLICAN (आवेरक 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.
- इस प्रयत पर अपने हस्ताका या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी महामात की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रमत में मोपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विकरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व नवसी ऑफकृत है।
- मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आनंदक के हस्ताक्षर का अंगुड़े का निजान



AGREEMENT by HOSPITAL (श्रम्पताल द्वार करार)

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 NGC 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 ऑफक्त, हस्तावारों को ओर से मामलेखेगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- मा कि न तो सर्तमान और न ही अस्थिय में विसिय सक्षायत किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त रोगी/यामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेंगन" से सिफारिशः विनति उका के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेजन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पाधल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूरिट में स्पप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदर उक्त रोगी/पामले हेतु फिली गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सत्थन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लो गई सहायक्त केवल वितिय प्रकृति को है। तेगी पर हस्पताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनान रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की मारी किम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धृमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। ARNAB MODAK

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery

DMSme Of Dr. & Regn. No, with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

ARNAB TOR
ADMINISTRATION
(Name, Benghation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताक्षर 2

18-08-2024