X.	Mon	7- (-23-	12-054	4
APPL	ICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप	(Heal	lthcare) य देखमाल)	<u>Koshika</u>
APPLICATION No.:	M/1223/1002	APPLICATION DAT	5 10 10 2	foundation  Nuilding block of life.
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Jay Kosia	AGE-YEARS	आपु-भर्ष SEX लिंग	~5
FATHER'S/SPOUSE'S NAME:				- 15A
रिका का नाम Jay mo hah PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अभ्वासीय पत्र Po Khall, Deal, Oel, Lakhimpur,				AN HONE AS -SE-AM ME . JAN KAKE
Khezu 11-101 Paradesh 262725 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: EVIL SHRIKHIN VIII				Breof Postof
	Same as	above		10.07101
OCCUPATION : TOTAL ANNUAL INCOME	Home Mekour			ोत) / UNMARRIED (अक्वितिस्त)
कुल वार्षिक अध्य PAN No. स्थाई खाला संवय	20001- 1-tan	nily)	(Attach Proof of (अगय का साक्य	
ARE YOU AN INCOME TA मना आप आप कर दाता है	AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes/ ¥1/	नहो	
Sr. No. ऋम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	AMILY DETAILS परिव Age (Years) डग्न (चर्ष)	पर विवरण Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध
J.	lalla Priaskad	24	М	50 A
2.	(Ltoti Derl	20	f	Poughten in law
.9.				
1	BASIS for REQUESTING AS सहायता को लिये किनी	 SSISTANCE (Tick whic न आधार	hever is applicable)	
BPL Card (Attach Card C गरीबी रेखा के नीचे प्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) माण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र	Copy) CAttach Copy) ग पत्र उपमोक्ता कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
		REQUESTING ASSIS		
Sr. No. कम संख्य	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न			
	Diagnosis	RIE	Wenile	Ca graff
		Lie-	Senile	Carlanact
			- 1	
2	Dungery LE	Sics on	ith pmi	ng tens camp
	ASSISTANCE BEING AVAILED			ēs .
Sr. No. क्रम संस्था			अन्य स्वात स लिया गया हा?  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
-1			2000  -	

2000 1

### DECLARATION by APPLICANT: आचेदक द्वारा घोषणा पत्र:

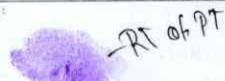
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 भोषणा करता है कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विकाण मेरी जनकारी के अनुमार मध्य एवं सबी है। यदि कोई विकाण एवं कथन असस्य पाया कता है तो मेरी सहायता निस्तत की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस महायता तेतु यत प्रापंत को गई है, उस गाँश का आँशक या संकल हिस्सा किसी अन्य स्रोतनियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही चित्रण में सुँगा।

#### AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक 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 प्रपत्र पर अपने उरताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आकेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउडेशन और उसके न्यासीमों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवास इस प्रपत्र में भोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याधना/या दूसरे उद्देश्य में जुडी गांतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवास मेरे इलाव के एठतों पर बार में कारने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से महमल हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि मतायता के उद्देश्यों में प्राधित है मुझे स्वत: स्वापता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

# APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदमा के हस्ताधर क अंगुठे का निधान



#### AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल द्वारा 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 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, हस्ताक्षणे को ओर से मामलेशीमी को "कोशिका फाउन्टोशन" से मिटिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न खे शर्तकन और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर आकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उसते येगीम्प्याले में लेंगे वा ले खे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टोशन" से सिफारिश्यित्रति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टोशन" द्वारा वर्ष्ट तेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टोशन" द्वारा मान्य के सम्वताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्वाधत रखता है। इस पूष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिवाय मदद उका रोगीम्यमले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थान से नहीं लेगा/लंगी।

2. "क्लोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता फोजल जिलिए प्रकृति को है। ऐसी पर हरण्याल द्वार दी गई स्त्याह या किये गये उपचार प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हरण्याल के बीच का किया है और "क्लेशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "क्लेशिका" को कोई भूमिका था जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृतों के लिए संस्तुति **Date of Surgery** MARMAR N. KHAN ऑपरेशन को तारीख (Name, Designation & Status of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 11 06/12/23 Woham! आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी प्रस्ताक्षर 2