## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभात) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 18/11/2019 **Building block of life.** APPLICATION No. : आवेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS HIT-TH SEX felts NAME OF APPLICANT: CHARAN SPROPR 69 आवेदक का ग्राम M FATHER'S SPOUSE'S HAME: BANKIM SARDAR पिता/कट्टम्म का नाग PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता PARA ANDHARMANIK PARMANAS PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अरावासीय पता AS ABOVE -MARRIED (RIMITER) / UNMARRIED (अदिवाहित) OCCUPATION: UNEMPLOTED व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500x12 = 18 000 H (अहय का साक्ष्य संसान) कुल वार्षिक आप PAN No. स्थाई स्तारा संख्या Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर राता है (भो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Age (Years) Gender Name of Family Member Sr. No. अवंदक के साथ सम्बध सिंग उप्र (वर्ष) पुरिवार के सदस्यों का नाम क्रम संख्या VI CO CHARAN CARDAR ON SARDAR UBHAS BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other **BPL Card** (Attach Copy) Basis/Proof (Attach Card Copy) उपभोक्त कर्रा अल्प आय वर्ग प्रमान पत्र अन्य कोई साध्य गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रयाण पत्र को सामा प्रति संसाप करे। (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलग्न करे। (प्रयाण पत्र की छाया प्रति संतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या DILAGNOST 5785 +50 SURGERY . ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्केत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहस्पता राशी अन्य स्थोत का नाम क्रम संख्य

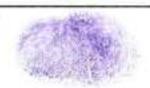
DECLARATION by APPLICANT: IRRES ETE पीपण पत्र:

- 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, table 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 essistance is requested.
- मैं चोचना करता है कि इस प्रक्रम में रियं गयं सभी विवरण मेरी जलकारों के अनुसार सन्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य चना जात है तो मेरी सहायात निस्ता की जा सकती है।
- मेरे द्वार को सहाप्ता गाँत "क्रोशिका परावर्षशन", में तो का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यण, जो इस प्ररूप में भग गया है।
- 3) मैं पूर्वर प्रशा है कि विश प्रशास हेतू यह प्रार्थन की गई है, उस सीत का अतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोतिनियोक्काबीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लुँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT ( strice gro were)

- 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.
- 3) इस प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर मा अंगते की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका पराईशन और उसके न्याकीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विकास इस प्रयत्न में योखित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, माकनात्र्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी नतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवास मेरे इलाज के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका फाउड़ेंसन" था न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अलंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, फत, फोटो और विकास को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकचार नहीं कराताः इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : spèces di exerue et sind de Feren



## AGREEMENT by HOSPITAL (FROM ET TO)

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, इस्तावरी की ओर से मानले दोनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिष सहापता हेतु सिपारीश की कती है, जिसे इम (इस्ताता) तिन प्रकार से पान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो कांचन और न हो भांकम में वितिष सहापता किसी गैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य स्थेत से उक्त रोगी-प्रमान में तेंगे पा ले रहे है, मैरो कि इमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिपारिश विनति उत्तर के सन्याप में "कोशिका फाउन्टेशन" इस सहापता विनति अशिक-सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पातत किसी अन्य पर विभी अन्य सन्यापन से सहापता लेने का अधिकार सुर्वित रखता है। इस पुण्ट में स्थार कहा जाता है कि अस्पातत द्वितीय सदद उक्त रोगी-प्रमान हेतु किसी मैर सरकारी संस्था पा किसी अन्य साथन से नहीं लेगा-लेगी।

2. "कॉशिका पान केंग्रन" में तो गई महामता केंग्रत विविध प्रकृति को है। रोगी पर इस्फाल ह्नार ची गई सलड़ या किये गये उपचार प्रक्रिया का भुगव रोगो एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" हार किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलियं इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगो एवं इस्पताल की डोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery Dr. Hari Shapper Nag Reg. No. Sankar Bagchi ऑपरेशन की तारीख MEBS, MB. Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regh. No. with Stamp) on behalf of Hospitali हाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रहि. न् नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारो आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 यामी इस्ताक्षर । न्यसी हस्ताक्षर 2