APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप APPLICATION DATE: 20/06/2022 APPLICATION No. : Building block of life. N 0622 0093 आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS NOT-THE SEX firin NAME of APPLICANT : GOLAM HOSEN SEKH आवेदक का नाम 67 M FATHER'S/SPOUSE'S NAME : AHEDALI SEKH पिता/कटुम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS (MAI) SIGNATUR VIII PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता - AS ABOVE -MARRIED (TOUTER) / UNMARRIED (अविवाहित) UNEMPLOYED OCCUPATION: SUBTIO TOTAL ANNUAL INCOME : NII (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या 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। हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विकरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उप्र_(वर्ष) अवंदक के माथ सम्बध AM HOSEN MORTINA DAUGHTER BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये बिनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) **BPL Card** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रयाण पत्र को छाया प्रति संतग्य करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की शामा प्रति मंतरन करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलान क्रम मंत्रक SURGERY - RE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उददेश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
3757.774750	अन्य स्थान का गम	सी गई सहायता राशी
क्रम सहया	36-3 5400 40 No.	20.7.000

DECLARATION by APPLICANT: HIRTH STIT VITE THE

- 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 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) में घोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विकाल मेरी जनकारी के अनुसार साथ एवं सक्षी है। यदि कोई विकास एवं कथन असल्य पाय जाता है तो मेरी सहायता निरम्न की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहामता गृशि "क्रोतिका फाउन्टेशन", मे शी का श्री है, उसका उपक्षेत्र उसी उद्देश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में घरा गया है।
- 3) में पुष्ट कात है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थण की गई है, उस तिह का अहिक या सकत हिस्सा किसी अन्य म्रोठ/नियोजक/बीमा कम्पनी में न तो तिह्य है और न ही मविष्य में लूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (अवशेषक द्वारा करान)

- 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)1 (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 प्रपत्न पर अपने इत्साक्षर या अंग्रहे को बाप लगाकर, में (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पराईशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेर नाम, पता, फोटो और जो विकरण इस प्रपत्न में प्रीवित है, उसे "कोशिका" एक्स् न्यासी, दान, मायनान्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी पतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका पराईसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मंत्र नाम, एता, फोटो और विकाप जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रथित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यामियों का निर्णय अतिम और वस्थकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदम के सरकार या आपूर्व का निकास



AGREEMENT by HOSPITAL (ETARIN STO WOL)

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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले होनी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिष सहायक हेंदू सिफारिश की करते हैं। जिसे हम (हस्ताता) निम्म प्रकार से मान्य व क्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिष सहायश किसी है। सारकारी संस्थान मा किसी अन्य कांत्र से उक्त रोगी मामले में लेने मा ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका काउन्देशन" से सिफारिश किसी उन्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्देशन" हुना मरद हेंदू कि है। चिर "कोशिका फाउन्देशन" हुना सहायश वितित ऑशिक सकत हेंदू मन्तुर नहीं किया जाता है ते अस्पताल किसी अन्य के किसी अन्य सन्तर्भन से महायश लेने का अधिकार मुर्गकार रहाता है। इस पृष्टि में स्थित कहा जाता है कि अस्पताल दिलीय मरद उक्त रोगी/मामले हेंदू किसी है। सरकारी संस्था मा किसी अन्य सन्धन से नहीं लेगा लोगे।

2. "कॉशिका पाउन्हेंशन" से ली लई सहायता क्रेबल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हत्यकल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनक रोगी एवं हत्यकल के बीच का विषय है और "कॉशिका पाउन्होंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षक नहीं है। इसलिये हस्मताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने काने की सारी जिम्मेरारी रोगी एवं हत्यकल को होगी और "कॉशिका" की कोई पूर्यिका या जिम्मेरारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery अपरेशन को तरीख़ जिल्ला के तिर्माण के तिर्माण के तिरम्भ के तिरम के तिरम्भ के तिरम्भ के तिरम्भ के तिर