

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                   |                       | (स्वास्थ्य रक्षण)                                                                                                                                                       |        |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------|
| <b>APPLICATION No.:</b> K/1812/1832<br><b>APPLICATION DATE:</b> 8/12/18                                                                           |                       |                                                                                       |        |                                     |
| <b>NAME of APPLICANT:</b> ANCHAR ALI GAZI<br><b>AGE-YEARS:</b> 73 <b>SEX:</b> M                                                                   |                       |   |        |                                     |
| <b>FATHER'S/POUSE'S NAME:</b> AJET GAZI<br><b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS:</b> AKHAR PURBAPARA BACHA GASIRHAT NORTH 24 PARAGANAS 743192 WEST BENGAL |                       |                                                                                                                                                                         |        |                                     |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:</b> AS ABOVE                                                                                                      |                       |                                                                                                                                                                         |        |                                     |
| <b>OCCUPATION:</b> UNEMPLOYED <b>MARRIED (निवृत्ति) / UNMARRIED (अनिवृत्ति):</b> UNMARRIED                                                        |                       |                                                                                                                                                                         |        |                                     |
| <b>TOTAL ANNUAL INCOME:</b> NIL <b>(Attach Proof of Income):</b>                                                                                  |                       | <b>PAN No.:</b>                                                                                                                                                         |        |                                     |
| <b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):</b> Yes / No                                                                    |                       |                                                                                                                                                                         |        |                                     |
| <b>FAMILY DETAILS</b>                                                                                                                             |                       |                                                                                                                                                                         |        |                                     |
| Sr. No.                                                                                                                                           | Name of Family Member | Age (Years)                                                                                                                                                             | Gender | Relation with Applicant             |
| 1.                                                                                                                                                | ANCHAR ALI GAZI       | 73                                                                                                                                                                      | M      | SELF                                |
| 2.                                                                                                                                                | HUSNA BEGUM           | 60                                                                                                                                                                      | F      | WIFE                                |
| 3.                                                                                                                                                | RAKIB GAZI            | 39                                                                                                                                                                      | M      | SON                                 |
| 4.                                                                                                                                                | BITARUL GAZI          | 33                                                                                                                                                                      | M      | SON                                 |
| <b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</b>                                                                             |                       |                                                                                                                                                                         |        |                                     |
| <b>BPL Card</b><br>(Attach Card Copy)                                                                                                             |                       | <b>EWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)                                                                                                                     |        | <b>Ration Card</b><br>(Attach Copy) |
| <b>Any Other Basis/Proof</b>                                                                                                                      |                       | <b>Any Other Basis/Proof</b>                                                                                                                                            |        |                                     |
| <b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b>                                                                                                       |                       |                                                                                                                                                                         |        |                                     |
| <b>Medical Reports/Prescriptions Attached</b>                                                                                                     |                       |                                                                                                                                                                         |        |                                     |
| 1. TRAUMATISM - CATARACT - LE.                                                                                                                    |                       |                                                                                                                                                                         |        |                                     |
| 2. SURGERY - LE (SIC+ROL)                                                                                                                         |                       |                                                                                                                                                                         |        |                                     |
| <b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b>                                                                             |                       |                                                                                                                                                                         |        |                                     |
| <b>NAME of OTHER SOURCE</b>                                                                                                                       |                       |                                                                                                                                                                         |        |                                     |
| <b>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</b>                                                                                                         |                       |                                                                                                                                                                         |        |                                     |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)**

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन", से भी जा रही हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण से करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु यह प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, यह राशि या अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से लिया है और मैं इसे वापस नहीं हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने अधिकारों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ें हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए मेरी तस्वीरों और विवरणों को लिखित रूप में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे इस प्रारूप पर विवरण को प्रसारित करने के लिए या नहीं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत हैं।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रसारित करने के लिए मैं सहमत हूँ। प्रार्थना का स्वीकार नहीं करता। इस प्रारूप में "कोशिका" द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत और अनधिकृत है।

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

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से एक न अधिकृत करते हैं।

1) यह कि मैं से वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या से नहीं हूँ, बल्कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित हूँ। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं की जाय तो हम प्रस्तावित किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहते हैं कि प्रस्तावित वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/लेते।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हमारा इससे कोई भी संबंध या किसी भी प्रकार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे द्वारा हमारा के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारा में हमारे के प्रत्यक्ष चुनाव और हमारे करने की ओर जिम्मेदारी हमारे द्वारा हमारा को हमारे और "कोशिका" की ओर सुरक्षित या जिम्मेदारी हमारे करने में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

|                                                            |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>08/12/18</p> | <p>Dr. Harshankar Nag<br/>(Name of Dr. &amp; Design. No. with Stamp)</p> <p>हस्ताक्षर डॉ. नाग के साथ हस्ताक्षर</p> | <p>Shib Sankar Bagchi<br/>Director<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>हस्ताक्षर डॉ. नाग के अधिकृत अधिकारी</p> |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा सहमति)**

|                                                    |                                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>भरोसे दस्तावेज 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>भरोसे दस्तावेज 2</p> |
|                                                    |                                                    |