

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                              | (स्वास्थ्य रक्षण)                                                                      |                                    |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| APPLICATION No. : <b>K/128/1836</b>                                                                                                   |                              | APPLICATION DATE : <b>8/12/18</b>                                                      |                                    |                           |
| NAME of APPLICANT : <b>MARZINA BARI</b>                                                                                               |                              | AGE-YEARS : <b>36</b>                                                                  | SEX : <b>F</b>                     |                           |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <b>SK AMIRUL</b>                                                                                             |                              |                                                                                        |                                    |                           |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <b>SIMBHERI PURWA, SANTOBATULI, NATUPOKUR, BARIANBACH, NORTH GUJARANAGAR, 743148, WEST BENGAL</b>         |                              |                                                                                        |                                    |                           |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <b>AS ABOVE</b>                                                                                         |                              |                                                                                        |                                    |                           |
| OCCUPATION : <b>HOME MAKER</b>                                                                                                        |                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED |                                    |                           |
| TOTAL ANNUAL INCOME : <b>NIL</b>                                                                                                      |                              | (Attach Proof of Income)                                                               |                                    |                           |
| PAN No. : <b>XXXX XXXX XXXX</b>                                                                                                       |                              |                                                                                        |                                    |                           |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) : <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No |                              |                                                                                        |                                    |                           |
| FAMILY DETAILS                                                                                                                        |                              |                                                                                        |                                    |                           |
| Sr. No.                                                                                                                               | Name of Family Member        | Age (Years)                                                                            | Gender                             | Relation with Applicant   |
| 1.                                                                                                                                    | MARZINA BARI                 | 36                                                                                     | F                                  | SELF                      |
| 2.                                                                                                                                    | SK. NASIRUDDIN               | 45                                                                                     | M                                  | SON                       |
| 3.                                                                                                                                    | SK. KAMALUDDIN               | 25                                                                                     | M                                  | SON                       |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                                                                        |                              |                                                                                        |                                    |                           |
| BPL Card (Attach Card Copy)                                                                                                           |                              | EWS Certificate (Attach Certificate Copy)                                              |                                    | Ration Card (Attach Copy) |
| Any Other Basis/Proof                                                                                                                 |                              | Any Other Basis/Proof                                                                  |                                    | Any Other Basis/Proof     |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                                                                                  |                              |                                                                                        |                                    |                           |
| Medical Reports/Prescriptions Attached                                                                                                |                              |                                                                                        |                                    |                           |
| Sr. No.                                                                                                                               | NAME of OTHER SOURCE         |                                                                                        |                                    |                           |
| 1.                                                                                                                                    | THALASSEMIA - CHANDAN - R.G. |                                                                                        |                                    |                           |
| 2.                                                                                                                                    | SURGERY - R.G. (SIC+10L)     |                                                                                        |                                    |                           |
| ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                                                                        |                              |                                                                                        |                                    |                           |
| Sr. No.                                                                                                                               | NAME of OTHER SOURCE         |                                                                                        | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED |                           |
| 1.                                                                                                                                    |                              |                                                                                        |                                    |                           |
| 2.                                                                                                                                    |                              |                                                                                        |                                    |                           |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण करने वाले)**

- 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 यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथन सत्य नहीं माना जाय तो उसे ग्राहक के लिए अयोग्य माना जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक कह रहा हूँ कि यदि मुझे "उद्देश्य" के लिए सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी रूप में, अपने या किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है, उसका पूरा या आंशिक रूप से भुगतान नहीं करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाले)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 प्रमाण पत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठा छाप करके, मैं (अर्पण करने वाले) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण पत्र में उल्लेखित हैं, जो "उद्देश्य" के लिए सहायता माँगी है, उनका उपयोग किसी भी माध्यम, जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, के माध्यम से किया जा सकता है, जिससे कोशिका फाउंडेशन को दानों को आमंत्रित करने में मदद मिलेगी और/या इसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलायी जा सकेगी। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरी उपचार या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पण करने वाले) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरी सहायता माँगी है, उसके लिए सहायता माँगी है, यह स्वतः ही मेरी सहायता माँगी है, इसके लिए मैंने सहमत हो लिया है।
- 3) मैं (अर्पण करने वाले) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरी सहायता माँगी है, इसके लिए मैंने सहमत हो लिया है।

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

अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या अंगूठा छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- हॉस्पिटल के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले कोशिका फाउंडेशन के लिए सहायता माँगी है, हम (हॉस्पिटल) यहाँ पर निम्नलिखित बातों का स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँगी है, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता माँगी है, उसी रोगी के लिए है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता माँगी है, तो हम उस सहायता को पूरा करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता माँगी है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता माँगी है, तो हम उस सहायता को पूरा करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता माँगी है।
- 2) कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता माँगी है, यह केवल वित्तीय सहायता है। हॉस्पिटल द्वारा रोगी के उपचार/प्रक्रिया का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच है, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता माँगी है, इससे प्रभावित नहीं होता है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार और उसकी सुरक्षा के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी, और कोशिका फाउंडेशन को इसमें कोई भी भूमिका नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृत करने के लिए अनुमति

|                                                            |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>08/12/18</p> | <p>Dr. Hari Sankar Nag<br/>MBBS, MS (OPHTH)<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>हॉस्पिटल का नाम और डॉक्टर का नाम</p> | <p>Dr. Hari Sankar Nagchi<br/>Director<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)<br/>हॉस्पिटल के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले</p> |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)**

|                                                      |                                                      |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यायी हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यायी हस्ताक्षर 2</p> |
| <p></p>                                              | <p></p>                                              |