

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                 |                                      | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)        |              | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building Stock of India</small>            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: <b>K/1218/1954</b>                                                          |                                      | APPLICATION DATE: <b>12/12/18</b>         |              |                                                                                                                                                                         |  |
| NAME of APPLICANT: <b>GULAM AKBAR ALI</b>                                                    |                                      | AGE-YEARS <b>68</b>                       | SEX <b>M</b> |   |  |
| FATHER/SPOUSE'S NAME: <b>BARATI SARDAR</b>                                                   |                                      |                                           |              |                                                                                                                                                                         |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <b>P.K. DASHAK ROAD, KHARBARA, NADURVA, PURBANNA, WEST BENGAL</b> |                                      |                                           |              |                                                                                                                                                                         |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <b>- AS ABOVE -</b>                                             |                                      |                                           |              |                                                                                                                                                                         |  |
| OCCUPATION: <b>UNEMPLOYED</b>                                                                |                                      | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  |              |                                                                                                                                                                         |  |
| 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):                               |                                      | Yes / No                                  |              |                                                                                                                                                                         |  |
| FAMILY DETAILS                                                                               |                                      |                                           |              |                                                                                                                                                                         |  |
| Sr. No.                                                                                      | Name of Family Member                | Age (Years)                               | Gender       | Relation with Applicant                                                                                                                                                 |  |
| 1                                                                                            | GULAM AKBAR ALI                      | 68                                        | M            | SELF                                                                                                                                                                    |  |
| 2                                                                                            | SULTANA Khatun                       | 52                                        | F            | WIFE                                                                                                                                                                    |  |
| 3                                                                                            | IMRAN ALI                            | 32                                        | 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                                                                        |                                      |                                           |              |                                                                                                                                                                         |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                                         |                                      |                                           |              |                                                                                                                                                                         |  |
| Medical Reports/Prescriptions Attached                                                       |                                      |                                           |              |                                                                                                                                                                         |  |
| Sr. No.                                                                                      | 1. <b>DIAGNOSIS - CATARACT - RE.</b> |                                           |              |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                              | 2. <b>SURGERY - RE (SUCCESSION)</b>  |                                           |              |                                                                                                                                                                         |  |
| ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                                |                                      |                                           |              |                                                                                                                                                                         |  |
| Sr. No.                                                                                      | NAME of OTHER SOURCE                 | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED         |              |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                              |                                      |                                           |              |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                              |                                      |                                           |              |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                              |                                      |                                           |              |                                                                                                                                                                         |  |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भर्नापक का)**

- 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 बताना हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे वेदो परामर्श निरस्त भी हो सकती है।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेज रहा हूँ, इस बात का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से मिले हैं और मैं इसी उद्देश्य के लिए हूँ।

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

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) इससे सहमत हो चुका हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दूर, संचारण द्वारा इत्यादि से मुझे प्रचारित करने और जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयत्न कर सकते हैं।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रचारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।

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

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे 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, इससे नीचे की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निवेदन की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।

- 1) यह कि मैं अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए नहीं ले रहा हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निवेदन किया है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इससे "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे हम (हॉस्पिटल) इस बात पर निर्भर रखेंगे कि हमने उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउंडेशन" इस बात पर निर्भर रखेंगे कि हमने उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

अधिकृत की सिफारिश

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

12/12/18

Dr. H. Shanker Nair  
MBBS, D. O. (OPHTH)  
(Name of Dr. & Reg. No. with Hospital)  
हॉस्पिटल का डॉक्टर का नाम और पता

Dr. H. Shanker Nair  
Director  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम और पता

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अर्शिका के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
अर्शिका के ट्रस्टी 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
अर्शिका के ट्रस्टी 2