

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                              |                                                                                                | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                    |                                                               | Koshika<br>foundation<br>Building block of life.                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: K/1219/2667<br>आवेदन संख्या:                                                                                                |                                                                                                | APPLICATION DATE: 21/12/2019<br>आवेदन तिथि                                                            |                                                               |                                                                                     |  |
| NAME of APPLICANT: JAHIR AHMED<br>आवेदक का नाम                                                                                               |                                                                                                | AGE-YEARS उम्र-वर्ष<br>58                                                                             | SEX लिंग<br>M                                                 |                                                                                     |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NISHAR AHMED<br>पिता/कन्या का नाम                                                                                    |                                                                                                |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>GOBINDA KHATICK ROAD, KOLKATA 700046,<br>WEST BENGAL                                         |                                                                                                |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: इन्हीं आवासीय पता<br>— AS ABOVE —                                                                               |                                                                                                |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
| OCCUPATION: CONTRACT LABOURER<br>व्यवसाय                                                                                                     |                                                                                                | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                              |                                                               |                                                                                     |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2200 X 12 = 26400<br>कुल वार्षिक आय                                                                                  |                                                                                                | (Attach Proof of Income)<br>(आय का दस्तावेज संलग्न)                                                   |                                                               |                                                                                     |  |
| PAN No. स्वयं छात्र संख्या                                                                                                                   |                                                                                                | Yes / No<br>हां / नहीं                                                                                |                                                               |                                                                                     |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गंभीरता से चिह्नित करें)         |                                                                                                |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                  |                                                                                                |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                       | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम                                                | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                            | Gender<br>लिंग                                                | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध                                       |  |
| 1.                                                                                                                                           | JAHIR AHMED                                                                                    | 58                                                                                                    | M                                                             | SELF                                                                                |  |
| 2.                                                                                                                                           | CHATTI AHMED                                                                                   | 30                                                                                                    | M                                                             | SON                                                                                 |  |
| 3.                                                                                                                                           | FATEMA KHATUN                                                                                  | 52                                                                                                    | F                                                             | WIFE                                                                                |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए निम्न आधार                                                   |                                                                                                |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे आय पर<br>(आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)                                              |                                                                                                | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग आय पर<br>(आय पर की जांच प्रति संलग्न करें) |                                                               | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(आय पर की जांच प्रति संलग्न करें) |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                    |                                                                                                |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:                                                              |                                                                                                |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                       | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
| 1.                                                                                                                                           | DIAGNOSIS — CATARACT — LE                                                                      |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
| 2.                                                                                                                                           | SURGERY — (LCSICS + IOL)                                                                       |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो? |                                                                                                |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                       | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                      |                                                                                                       | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>एवं प्राप्त सहायता राशि |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                              |                                                                                                |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                              |                                                                                                |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                              |                                                                                                |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                              |                                                                                                |                                                                                                       |                                                               |                                                                                     |  |



DECLARATION by APPLICANT: **জার্নেল ডিউ মৌলভি দাস:**

- 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 योचना करता हूँ कि इस प्रश्न में दिने लाल राणी विधान सभा के सदस्य के रूप में हैं। यदि कोई विधान सभा के सदस्य नहीं है तो वे भी सहायक विधान सभा में जा सकते हैं।

2) श्री दया के साक्षात् एवम् "कीर्तिका प्रसन्नोत्सव", से ही यह पता है, उनका जन्मदिन उसी वरदिवस को पूर्णिमा के दिने किया जायेगा, जो इस प्रसंग में भगवत् पता है।

2) वे प्रति कलह ई कि जिस सम्बन्ध में यह प्रश्न का है, उस प्रति का अर्थिक या शक्ति विषय किसी अन्य प्राधिकार/बीया कम्पनी से न हो गया है और न ही यथार्थ में होना।

**AGREEMENT by APPLICANT (साक्षरक हउ कएत)**

- 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/post-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 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 Kothika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

[illegible]

2) ये (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि पंच नाम, पत्र, फोटो और विवरण जो कि छात्रावास की उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे स्वतः छात्रावास का इन्चार्ज नहीं बरकरा। इस सम्बन्ध में "कोविड" समय तक कोई जटिलता का निर्णय अतिव्यवस्था और सहायता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके बच्चे का स्वास्थ्य और विकास का निरीक्षण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल से सहमति)

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 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.

इससे अतिरिक्त, इसकाफी की ओर से भाषासेवी को "कोटिका पाठकेस" से मिलित सहायक हेतु विपणन की जाती है, जिसे हम (हमपाठ) निम्न प्रकार से समझा सकते हैं।

1) यह कि न तो संसदन और न ही परिवर्ण में दिवसि सहायस किन्ती नैर साकारी संसदन या किन्ती अन्य तस्ति से उक्त ऐंतिशायसले में लेने या ले राई है, जैसी कि इनमें "कोशिका सानन्देरा" से सिनरित/सिन्ति उक्त से सन्ध्या में "कोशिका सानन्देरा" द्वारा गहर हेतु कि है। यदि "कोशिका सानन्देरा" द्वारा सहायस सिन्ति अतिशय/सकल हेतु समुद्र गरी सिन्ध जल है तो सन्ध्यास किन्ती अन्य नैर साकारी संसदन या किन्ती अन्य सहायस से सहायस लेने का अधिकार सुनिध रक्ता है। इस धूधि में स्पष्ट कहा जाता है कि सन्ध्यास दिवसि गहर उक्त ऐंतिशायसले हेतु किन्ती नैर साकारी संसदन या किन्ती अन्य सहाय से गरी लेन/लेने।

2. "कॉरिफा फायवेरा" से ही यह साधन केवल निधिय प्रकृति की है। ऐसी पर हमला इस से यह साधन या बिने गने बचका/प्रकृति का मुकाबला ऐसी एवं हमला के बीच का निधन है और "कॉरिफा फायवेरा" इस किसी प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इसलिये हमला में ऐसी के हलक मुकाबल और जाने जाने की सारी बिने/ऐसी ऐसी एवं हमला की होती और "कॉरिफा" को कोई मुकाबल या बिने/ऐसी इस मामले में नहीं होती।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृतों के लिए संस्थान

|                                                  |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>21/12/2019 | Dr. Nalinaksh Karan<br>MBB, D. ANB<br>Reg. No. -53729<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | Sh. Anurag Begchi<br>Director<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

### अनुसूचित उपसंग्रह सूची

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                        | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                         |
|  |  |