

|                                                                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                           |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                  |                | <br>Koshika<br>foundation<br>Building block of life |          |
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                                                                    |                                                                                              | K/0224/1262                                                                                                         |                | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि                                                                                                      |          |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम                                                                                                    |                                                                                              | MD AKCHIR AHMED                                                                                                     |                | AGE-YEARS आयु-वर्ष                                                                                                                    | SEX लिंग |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/पत्नी का नाम                                                                                          |                                                                                              | MD. SABIR                                                                                                           |                | 65                                                                                                                                    | M        |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
| GOLBARI BAZAR, BAIDYAPUR, NORTH 24                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
| PARGANAS 743403, WEST BENGAL                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
| — AS ABOVE —                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय                                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                     |                | BAMBOO SELLER                                                                                                                         |          |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                     |                | 7000x12 = 84,000/-                                                                                                                    |          |
| PAN No. :<br>आय कर पत्र संख्या                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     |                | MARKED (चिह्नित) / UNMARKED (अचिह्नित)                                                                                                |          |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)        |                                                                                              |                                                                                                                     |                | Yes / हाँ / No / नहीं                                                                                                                 |          |
| FAMILY DETAILS : परिवार विवरण                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                 | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                            | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                          | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध                                                                                        |          |
| 1.                                                                                                                                     | MD. AKCHIR AHMED                                                                             | 65                                                                                                                  | M              | SELF                                                                                                                                  |          |
| 2.                                                                                                                                     | FERDAUSI BEGUM                                                                               | 50                                                                                                                  | F              | WIFE                                                                                                                                  |          |
| 3.                                                                                                                                     | BABU AMEN                                                                                    | 33                                                                                                                  | M              | SON                                                                                                                                   |          |
| 4.                                                                                                                                     | BULBUL AHMED                                                                                 | 27                                                                                                                  | F              | DAUGHTER                                                                                                                              |          |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए चिह्नित आधार                                           |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                            |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                             |          |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विषयों का उद्देश्य:                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                 | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुची संलग्न |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
| 1.                                                                                                                                     | DIAGNOSIS — CATARACT — RE                                                                    |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
| 2.                                                                                                                                     | SURGERY — RE (SICS + IOL)                                                                    |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |          |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                 | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                     |                | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी                                                                               |          |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 एम कपन असत्य पाया जाता है तो मेरी-सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप को भेजा है, उस पर किसी भी प्रकार का प्रतिफल/प्राप्तकर्ता/बिमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदनक द्वारा करार)

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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को ज्ञापन करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एम, सचिव/या धर्म उद्देश्य या चुकी नीतिविधि और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। जो प्रारूप का विवरण कोशिका को पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करार)

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.

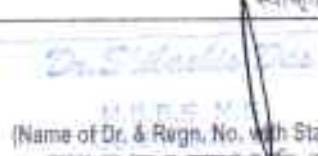
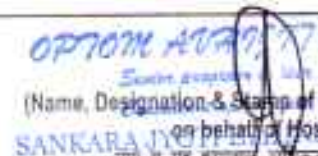
इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से प्राप्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकाधिकृत हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य माध्यम से नहीं होगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार हेतु जो भी सहायता या किम्वं पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को उपचार सुझा और उसे लेने को जारी क्रिये/रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

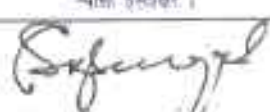
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                               |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>9/02/24 | <br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व, हस्ताक्षर के साथ, त. | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2
