

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation

Building block of life

|   |                   |  |  |
|---|-------------------|--|--|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :   | K/0225/1516       | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि                   | 3/2/25   |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम   | ASRAF GAZI        | AGE-YEARS आयु-वर्ष                                 | 74   |
|   |                   | SEX लिंग   | M  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/वधुव्य का नाम  | JAYNAUDDIN GAZI   |  |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  |                   |  |  |
| BANGLANI - SHARONNAGAR  |                   |  |  |
| NORTH 24 PARGANAS 763286  |                   |  |  |
| WEST BENGAL   |                   |  |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता   |                   |  |  |
| AS ABOVE  |                   |  |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय   | UNEMPLOYED        | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)           | <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय   | 6500 X 12 = 78000 | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) |  |
| PAN No. स्वयं खाता संख्या   |                   |  |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) |                   | Yes / No<br>हां / 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 संबंध |
| 1.                           | ASRAF GAZI  | 74                         | M              | SELF  |
| 2.                           | AYESHA BIBI                                       | 62                         | F              | WIFE  |
| 3.                           | RAFIQUE GAZI                                      | 34                         | M              | SON   |
| 4.                           | SAFIQUE GAZI                                      | 36                         | M              | SON   |
|                              |   |                            |                |   |
|                              |   |                            |                |   |
|                              |   |                            |                |   |
|                              |   |                            |                |   |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनियम आधार

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा 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>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|--|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1.                     | DIAGNOSIS — CATARACT — LE  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
| 2.                     | SURGERY — LE (SICS + IOL)  |
|                        |  |
|                        |  |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
|                        |   |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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.
- 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.
- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है, तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं दृढ़ता से सहायता पाने "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पेश किया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त सहायता हेतु वह प्रार्थना की नहीं है, इस राशि का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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.
- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोयोग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" समूह, न्यायोयोग, सचिव/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को संचालित करने के लिये प्रसारित करने में प्रयोग करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से शामिल है, पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह, उसके न्यायोयोग का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
 आवेदक का हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

*(Handwritten Signature)*

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

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:

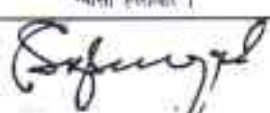
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not 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.
- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनती सशुद्ध-सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं सहायता लेगी।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किन्हीं गैर उपचार/उपक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

|   |   |   |
|---|---|---|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><b>03/02/25</b> | <br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|---|---|---|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|  |   |
|--|---|
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यायो हस्ताक्षर 1<br> | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यायो हस्ताक्षर 2<br> |
|--|---|