

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                             |                                        |                                           | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                            |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                   |                                        |                                           | <br>building block of life. |                                         |
| APPLICATION No.: K/0225/1918                                                |                                        | APPLICATION DATE: 12/2/25                 |                                                                                                               |                                         |
| NAME of APPLICANT: HASINA BIBI                                              |                                        | AGE-YEARS: 67                             | SEX: F                                                                                                        |                                         |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ASRAF ALI                                           |                                        |                                           |                                                                                                               |                                         |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 89 BELGACHI ROAD, KOLKATA 700037, WEST BENGAL    |                                        |                                           |                                                                                                               |                                         |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE                                       |                                        |                                           |                                                                                                               |                                         |
| OCCUPATION: MAID                                                            |                                        |                                           | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                      |                                         |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48000                                      |                                        |                                           | (Attach Proof of Income)                                                                                      |                                         |
| PAN No. (आपका पैन नंबर)                                                     |                                        |                                           |                                                                                                               |                                         |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No     |                                        |                                           |                                                                                                               |                                         |
| FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)                                               |                                        |                                           |                                                                                                               |                                         |
| Sr. No.                                                                     | Name of Family Member                  | Age (Years)                               | Gender                                                                                                        | Relation with Applicant                 |
| 1.                                                                          | HASINA BIBI                            | 67                                        | F                                                                                                             | SELF                                    |
| 2.                                                                          | NURJAHAN BEGUM                         | 46                                        | F                                                                                                             | DAUGHTER                                |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)              |                                        |                                           |                                                                                                               |                                         |
| BPL Card (Attach Card Copy)                                                 |                                        | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) |                                                                                                               | Ration Card (Attach Copy)               |
| गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र                                              |                                        | अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र                  |                                                                                                               | उपभोक्ता कार्ड                          |
| (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                     |                                        | (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)   |                                                                                                               | (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |
| Any Other Basis/Proof                                                       |                                        |                                           |                                                                                                               |                                         |
| PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: (उद्देश्य हेतु किने गये चिकित्सीय उपकरण) |                                        |                                           |                                                                                                               |                                         |
| Sr. No.                                                                     | Medical Reports/Prescriptions Attached |                                           |                                                                                                               |                                         |
| 1.                                                                          | DIAGNOSIS - CATARACT - RE              |                                           |                                                                                                               |                                         |
| 2.                                                                          | SURGERY - RE (SICS + IOL)              |                                           |                                                                                                               |                                         |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES                |                                        |                                           |                                                                                                               |                                         |
| Sr. No.                                                                     | NAME of OTHER SOURCE                   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED        |                                                                                                               |                                         |
|                                                                             |                                        |                                           |                                                                                                               |                                         |

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

- 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 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांगे गए हैं।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु, या उद्देश्य को नहीं है, उस राशि का प्रतिफल या समकल निम्न किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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/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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुलि छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में जोड़ सकते हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, पत्र, पत्रिका/पत्रावली, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लाने किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण जो हस्ताक्षर के पक्षों या करार के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः स्वतंत्र: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ 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.

हमने अधिष्ठाता, हस्ताक्षर की और में यन्त्र/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 संगठन या किसी अन्य संगठन से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से हो रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पत्रिका उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अस्वीकार/समकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

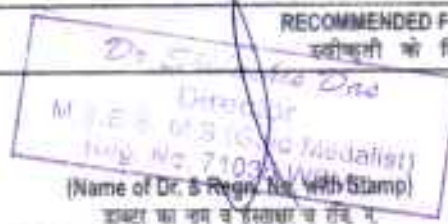
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही भी सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

12/02/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नाम/पद/हस्पताल अधिष्ठाता अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2