

|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                          |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                  |                                                          | <br>Building block of life. |  |
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                                                                   |                                                                                              | K/0324/1427                                                                                                         |                                                          | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि                                                                              |  |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम                                                                                                   |                                                                                              | EJAJUL HAQ                                                                                                          |                                                          | AGE-YEARS आयु-वर्ष                                                                                            |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कन्या का नाम                                                                                         |                                                                                              | MOHAMAMD SRAJUL                                                                                                     |                                                          | SEX लिंग                                                                                                      |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS :<br>वर्तमान आवासीय पता                                                                                     |                                                                                              | ASTIPUR, SHAUSPUR TIRA, VAISHALI                                                                                    |                                                          | 70                                                                                                            |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :<br>स्थायी आवासीय पता                                                                                    |                                                                                              | 844102, BHAR                                                                                                        |                                                          | M                                                                                                             |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय                                                                                                               |                                                                                              | LABOURER                                                                                                            |                                                          | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                      |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय                                                                                               |                                                                                              | 6000x12 = 72,000/-                                                                                                  |                                                          | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                            |  |
| PAN No. स्थायी खाता संख्या                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                               |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बंध                                                                |  |
| 1.                                                                                                                                    | EJAJUL HAQ                                                                                   | 70                                                                                                                  | M                                                        | SELF                                                                                                          |  |
| 2.                                                                                                                                    | ANAGARI BEGUM                                                                                | 63                                                                                                                  | F                                                        | WIFE                                                                                                          |  |
| 3.                                                                                                                                    | TAMANNA PARVIN                                                                               | 36                                                                                                                  | F                                                        | DAUGHTER                                                                                                      |  |
| 4.                                                                                                                                    | RIJWANA PARVIN                                                                               | 31                                                                                                                  | F                                                        | DAUGHTER                                                                                                      |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विवर्तित आधार                                        |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                               |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा 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>उपभोग्यता 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 विवर्तित का उद्देश्य:                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                               |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                               |  |
| 1.                                                                                                                                    | DIAGNOSIS - CATARACT - LE                                                                    |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                               |  |
| 2.                                                                                                                                    | SURGERY - LE (SIOL + 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>कौन सी सहायता मिली |                                                                                                               |  |

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

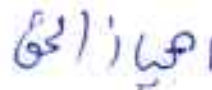
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण/वाक्य कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन" को ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या संकलन किसी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायता/दुर्गम उद्देश्य से जुड़ी तथ्यावधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे इलाज के चलने या बंद से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है जुड़े सत्य सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/ऐसे 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 संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति अंतिम/संकलन हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करने/प्राप्त होने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" को ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तक्षेप द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

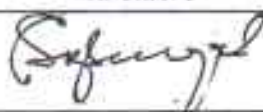
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
अभियोग की तारीख

16/03/24

*Dr. Shikhar Das*  
M.B.B.S. MS  
Gold Medalist  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ नं.

*OPTIM ABHINAV DAS*  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
रजि. नं. 1474 इलाहाबाद अतिरिक्त अधिकारी UTE

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2
