

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : <u>K/0424/0045</u>		APPLICATION DATE : <u>11.04.24</u>	
NAME of APPLICANT : <u>AABUL MOLLA</u>		AGE-YEARS : <u>40</u>	SEX : <u>M</u>
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>NACHIP MOLLA</u>			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>RAMPUR, DHAMAKHALI, NORTH TWENTY FOUR</u>			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>PARGANAS "143329 WEST BENGAL"</u>			
— AS ABOVE —			
OCCUPATION : <u>LABOURER</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>6000 X 12 = 72,000/-</u>		(Attach Proof of Income)	
PAN No. : <u>XXXXXX</u>			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☒ Yes / ☐ No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	AABUL MOLLA	40	M
2.	TASIMA BIBI	35	F
3.	NTAJUL MOLLA	13	M
4.	AMEA BIBI	7	F
5.	MARUFA BIBI	3	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
☐ BPL Card (Attach Card Copy)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	☐ Ration Card (Attach Copy)	☐ Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u>		
2.	<u>SURGERY — RE (STIC & IOL)</u>		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

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 अल्पवय अवस्था हूँ कि इस अवस्था में दिने रातें बचती निवर्तन होती जानकारी के अनुसार साथ एवं रही है। यदि कोई विचार एवं कानन अन्तर साथ जाता है तो होती सहायता निवर्तन की जा सकती है।
- 2) मेरी छात्रा जो सहायता राति "इतिहास परामर्श", मेरी भी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस अवस्था में मदद गये है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राति या जविका या समस्त विस्तार किसी अन्य सोच-विचार/कीया/कामनी से न तो लिये है और न ही भविष्य में लीया।

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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या ओपन की जाय लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी सख्ती से पुष्ट करता हूँ एवं "कॉलेज फार्मेशन और ग्राम-न्याय" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिया है, इसे "कॉलेज" एवं न्याय, राज, वाचनालय द्वारा उत्प्रेषण से मुक्त प्रकाशितियों और प्रकाशितियों को लिखे किताबों में प्रकाशित करने में लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षरों के साथ मेरे जाने में लिए "कॉलेज फार्मेशन" में न्याय अधिभूत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्य के उत्प्रेषण से मुक्त प्रकाशितियों में प्रकाशित करने में लिए "कॉलेज फार्मेशन" में न्याय अधिभूत है।

आपेयका को हस्ताक्षर या जर्मुडे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करें कृपया)

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 स्पष्ट है, इसका अर्थ है कि "कोई भी व्यक्ति" को "कोई भी व्यक्ति" से अधिक नहीं है, जो कि एक ही व्यक्ति है।

- 1) यह कि वे जो वर्तमान और न ही व्यक्ति में अतिरिक्त सहायता किसी भी सरकारों संभव या किसी अन्य स्तरों से उक्त ऐंग्लो-भारतीयों में होंगे या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "क्रॉनिका फाउन्डेशन" में विपरीत-निर्दिष्ट उक्त से सम्बंधित "क्रॉनिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "क्रॉनिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/व्यक्तियों हेतु मन्त्रालय नहीं किया जाता है तो सम्भवतः किसी अन्य भी सरकारों संभव या किसी अन्य स्तर/स्वायत्त से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रति में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवतः द्वितीय पक्ष उक्त ऐंग्लो-भारतीयों हेतु किसी भी सरकारों संभव या किसी अन्य स्तर से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोसिका फाउन्डेशन" में सी गैर सहायक कंसल्टिंग प्रकृति की है। कंपनी का इम्प्लान्ट द्वारा दी गई सलाह या दिशे एवं उपचार/प्रक्रिया का मुख्य स्रोत एवं इम्प्लान्ट में बीच का विषय है और "कोसिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रत्यक्ष नहीं है। इसलिये इम्प्लान्ट में कंपनी के इम्प्लान्ट मुद्रा और अपने जाने की सारी जिम्मेवारी कंपनी एवं इम्प्लान्ट की होगी और "कोसिका" की कोई भी अधिकार का विषय/पैरों इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

OPTIONAL
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
SANKAR HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्तेफार !

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इनामदार २