

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                      |                                                    | (स्वास्थ्य हेतु आवेदन प्रारूप)                                                         |                                      | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br>Building Block of Life |  |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|
| APPLICATION No. : <b>K/0624/0347</b>                                                                                                 |                                                    | APPLICATION DATE : <b>22/06/24</b>                                                     |                                      |                                                            |  |                |
| NAME of APPLICANT : <b>AKLIMA BEGAM</b>                                                                                              |                                                    | AGE-YEARS : <b>69</b>                                                                  |                                      |                                                                                                                                               |  | SEX : <b>F</b> |
| FATHER/SPOUSE'S NAME : <b>SK. SATTAR</b>                                                                                             |                                                    |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <b>KHADUTTY, HAARA 711303, WEST BENGAL</b>                                                               |                                                    |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <b>AS ABOVE</b>                                                                                        |                                                    |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| OCCUPATION : <b>HOME MAKER</b>                                                                                                       |                                                    | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| TOTAL ANNUAL INCOME : <b>4000 X 12 = 48,000/-</b>                                                                                    |                                                    | (Attach Proof of Income)                                                               |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| PAN No. : <b>XXXXXX XXXX</b>                                                                                                         |                                                    |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <input checked="" type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |                                                    |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)                                                                                                        |                                                    |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| Sr. No.                                                                                                                              | Name of Family Member                              | Age (Years)                                                                            | Gender                               | Relation with Applicant                                                                                                                       |  |                |
| 1                                                                                                                                    | AKLIMA BEGAM                                       | 69                                                                                     | F                                    | SELF                                                                                                                                          |  |                |
| 2                                                                                                                                    | JAINAL MALLICK                                     | 46                                                                                     | M                                    | SON                                                                                                                                           |  |                |
| 3                                                                                                                                    | GOLAMHAIDAR MALLICK                                | 42                                                                                     | M                                    | SON                                                                                                                                           |  |                |
| 4                                                                                                                                    | JAMILA BEGUM                                       | 38                                                                                     | F                                    | DAUGHTER                                                                                                                                      |  |                |
| 5                                                                                                                                    | ALIYA BEGUM                                        | 34                                                                                     | 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                                                               |                                      | उपभोग्यता 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:                                                                                                   |                                                    |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:                                                                                            |                                                    |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| Sr. No.                                                                                                                              | Medical Reports/Prescriptions Attached             |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
|                                                                                                                                      | अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| 1.                                                                                                                                   | DIAGNOSIS — CATARACT — RE                          |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| 2.                                                                                                                                   | SURGERY — RE (SIOS + IOL)                          |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                                                                     |                                                    |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?                                                                  |                                                    |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
| Sr. No.                                                                                                                              | NAME of OTHER SOURCE                               |                                                                                        | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE |                                                                                                                                               |  |                |
|                                                                                                                                      | अन्य स्रोत का नाम                                  |                                                                                        | कौन सी सहायता मिल रही है?            |                                                                                                                                               |  |                |
|                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
|                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |
|                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                        |                                      |                                                                                                                                               |  |                |

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शिका फाउंडेशन पर):

- 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 यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या झूठा दावा प्रस्तुत किया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस पर सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं ले रहा हूँ, क्योंकि इससे इसी उद्देश्य को पूर्ण करने में मदद मिलेगी, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से उस राशि के लिए कोई भी भुगतान नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शिका फाउंडेशन पर):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 in this regard will be final and irrevocable.
- 1) इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ, यहाँ "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'वर्चसी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन में सुनी गीतों/गीतों को प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा मेरे विवरण में प्रकाशित करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं, यहाँ "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूरदर्शन, दूरदर्शन में सुनी गीतों/गीतों को प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा मेरे विवरण में प्रकाशित करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत हैं।

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

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हॉस्पिटल द्वारा):

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे हस्ताक्षर को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रदाता से प्राप्त या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे हॉस्पिटल और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त (पैमेंट) में होगी या से हो रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/फिनिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी माध्यम से प्राप्त नहीं की जा सकती है तो हमारे हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट नहीं बताया गया है कि हमारे हॉस्पिटल द्वारा प्राप्त उक्त पैमेंट/पैमेंट हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे हॉस्पिटल द्वारा कोई भी सहायता या वित्त प्रदाता से प्राप्त या स्वीकार करने का चुनाव करने पर हमारे हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे हॉस्पिटल में हमारे हॉस्पिटल द्वारा प्राप्त या स्वीकार करने को जारी बिम्बेवरी सभी हॉस्पिटल को हमारे और "कोशिका" की कोई भी सहायता या बिम्बेवरी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए अनुमति

|                                                |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>22/06/21 | <br><b>Dr. Sankar Das</b><br><b>M.B.B.S. M.S.</b><br><b>Gold Medalist</b><br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व इलाका के साथ-साथ | <br><b>OPTOM ANAND DAS</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital)<br><b>SANKAR SWATI HOSPITAL</b> |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अर्शिका उपयोग हेतु

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