

|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                               |                                              |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                                                     | Koshika<br>foundation<br>Building block of life                                               |                                              |                                                 |
| APPLICATION No. : K/0823/0465<br>आवेदन संख्या :                                                                                       |                                                                                                                     | APPLICATION DATE : 13/08/23<br>आवेदन तिथी                                                     |                                              |                                                 |
| NAME of APPLICANT : LIYAQUET ALI<br>आवेदक का नाम                                                                                      |                                                                                                                     | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>60                                                                      | SEX लिंग<br>M                                |                                                 |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MOHAMMAD HABIBULLAH<br>पिता/सहोदर का नाम                                                                     |                                                                                                                     |                                                                                               |                                              |                                                 |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता<br>GOALA PARA ROAD, GIARULIA, NORTH 24 PARGANAS,<br>743133, WEST BENGAL                |                                                                                                                     |                                                                                               |                                              |                                                 |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता<br>— AS ABOVE —                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                               |                                              |                                                 |
| OCCUPATION : LABOURER<br>व्यवसाय                                                                                                      |                                                                                                                     | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                      |                                              |                                                 |
| TOTAL ANNUAL INCOME : 3000X12 = 36000/-<br>कुल वार्षिक आय                                                                             |                                                                                                                     | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                            |                                              |                                                 |
| PAN No. : [Blank]<br>आयदाता संख्या                                                                                                    |                                                                                                                     |                                                                                               |                                              |                                                 |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)        |                                                                                                                     |                                                                                               |                                              |                                                 |
| Yes / हाँ / No / 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 सम्बन्ध |
| 1                                                                                                                                     | LIYAQUET ALI                                                                                                        | 60                                                                                            | M                                            | SELF                                            |
| 2                                                                                                                                     | ARFA KHATOON                                                                                                        | 24                                                                                            | F                                            | WIFE                                            |
| 3                                                                                                                                     | SHABIR ALI                                                                                                          | 30                                                                                            | M                                            | SON                                             |
| 4                                                                                                                                     | IREAN ALI                                                                                                           | 26                                                                                            | M                                            | SON                                             |
| 5                                                                                                                                     | SAHIN FIRDOS                                                                                                        | 23                                                                                            | F                                            | DAUGHTER                                        |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार                                           |                                                                                                                     |                                                                                               |                                              |                                                 |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रक्षा के लिये 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>व्यपश्चिन्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |                                                 |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:                                                      |                                                                                                                     |                                                                                               |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                        |                                                                                               |                                              |                                                 |
| 1.                                                                                                                                    | DIAGNOSIS — CATARACT — RE                                                                                           |                                                                                               |                                              |                                                 |
| 2.                                                                                                                                    | SURGERY — RE (SICS + IOL)                                                                                           |                                                                                               |                                              |                                                 |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>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>लेई गई सहायता राशी                                      |                                              |                                                 |



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

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ कहता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस रकम का अधिकतम या समस्त भुगतान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो।

**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/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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, इसे "कोशिका" एवं अन्य माध्यमों, दूर, दूरदर्शन से सुदूर संचार/विशेष और इलेक्ट्रॉनिक के माध्यम से किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का निराकरण होना मेरे पता के पते से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यूनतम अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवं उसकी भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

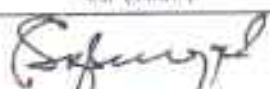
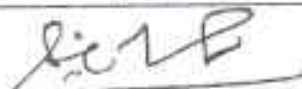
आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


**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, हमारी ओर से यहाँ घोषित करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा हस्पताल और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मरीज से लेने का ले रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकतम हेतु पसंद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उस रोगी/मरीज हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किने गये 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 सारे कदम की पूरी 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<br>ऑपरेशन की तारीख<br>13/08/2023                                    | <br><b>Dr. Shibaskis Das</b><br>M.B.B.S. M.S.<br>(Name of Doctor with Stamp)<br>General Surgeon<br>Reg. No. 11035 | <br><b>OPION ANAND DAS</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)<br>Consultant (Hospital)<br><b>SANKARA JAGADYEE INSTITUTE</b> |
| <b>FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION</b> आन्तरिक उपयोग हेतु                    |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                        |                                                                                                                                                                                                      | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                                                                                                                                                                         |
|  |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                 |