

|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(स्वास्थ्य हेतु आवेदन प्रारूप)                                                                                                                                        |                                                                                            | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                  |                | <br>Koshika<br>Foundation<br>Building block of life |  |
| APPLICATION No.:<br>आवेदन संख्या: K/0823/0466                                                                                                                                                            |                                                                                            | APPLICATION DATE: 13/08/29<br>आवेदन तिथि                                                                            |                |                                                                                                                                       |  |
| NAME of APPLICANT:<br>आवेदक का नाम: MAFUJA BIBI                                                                                                                                                          |                                                                                            | AGE-YEARS आयु-वर्ष: 53                                                                                              |                | SEX लिंग: F                                                                                                                           |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME:<br>पिता/कन्या का नाम: AHAMMAD GAZI                                                                                                                                               |                                                                                            |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता<br>DUCHANIKHALI, TUSHIKHALI, NORTH 24 PARGANAS,<br>743446, WEST BENGAL                                                                                      |                                                                                            |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता<br>— AS ABOVE —                                                                                                                                            |                                                                                            |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| OCCUPATION: व्यवसाय: HOUSE WIFE                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                                                                                                                     |                | MAR/IED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                              |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: NIL                                                                                                                                                                 |                                                                                            |                                                                                                                     |                | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                                                    |  |
| PAN No. स्थायी आय संचयन                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> |                                                                                            |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| 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 संबंध                                                                                         |  |
| 1                                                                                                                                                                                                        | MAFUJA BIBI                                                                                | 53                                                                                                                  | F              | SELF                                                                                                                                  |  |
| 2                                                                                                                                                                                                        | ZAKIR HOSSAIN MOLLA                                                                        | 60                                                                                                                  | M              | HUSBAND                                                                                                                               |  |
| 3                                                                                                                                                                                                        | SAJJAD HOSSAIN                                                                             | 27                                                                                                                  | M              | SON                                                                                                                                   |  |
| 4                                                                                                                                                                                                        | DEWAR HOSSAIN                                                                              | 22                                                                                                                  | M              | SON                                                                                                                                   |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):<br>सहायता के लिये विवक्षित आधार                                                                                                          |                                                                                            |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा 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>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                             |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                                                                                |                                                                                            |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किने गये बिमती का उद्देश्य:                                                                                                                          |                                                                                            |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                   | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| 1.                                                                                                                                                                                                       | DIAGNOSIS — CATARACT — LE                                                                  |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                       | SURGERY — LE (SIOS + 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>ली गई सहायता राशी                                                                               |  |



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) ये कार्यक्रम करना है कि इस प्रकार से दिए गए सभी विषयों में जानकारी को अनुसूचित रूप से देना है। यदि कोई विषय एक कथन प्रस्तुत करना है तो पूरी जानकारी प्राप्त की जा सकती है।
- 2) ये सूत्रों को सहायक एडि "कोमिन्स फाइलिंग" से जोड़ना है, जिसका उपयोग इसी प्रकार की सूत्रों से लिए विश्व ज्ञान, जो इस प्रकार से देना गया है।
- 3) ये सूत्र करना है कि जिस सहायक सूत्र यह जानकारी को दे, उस सूत्र का अधिकार या सकता किसी किसी अन्य कोमिन्स फाइलिंग/कोमिन्स फाइलिंग से न ले लिया है और न ही अधिकार में सूत्र।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न में अपने हवालात का जगह भी ख़तर लगाना है। (अवधारक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता है कि ये सार, पता, कटौत और जो विचारण इस प्रश्न में व्यक्त है, उसे "कोशिका" प्रश्न न्यासी, एवं, वास्तविक इस उत्तरों में बड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिए किसी भी प्रसार सम्बन्ध में प्रसिद्ध करने में लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विचारण में उत्तरों को प्रदान का काम में करने में लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवधारक) इस बात में सहमत हूँ कि सार, पता, कटौत और विचारण जो कि प्रस्तावों को उत्तरों में प्रसारित है मुझे मन्तः, सहमति का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रश्न उत्तरों न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सम्प्रकारी होगा।

## आषेढक के राज्यास्त के अंगुलि का निशान



By affixing hereunder signature of our Authorized 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 rôle or responsibility in the matter.

हमारी जीविका, हमसूारी की ओर से मामलेदारों को "अतिरिक्त कारखाने" से वित्तीय सहायता से ढिकारित की जाती है, जिसे हम (इधमसूारी) विभिन्न प्रकार के सान्ध व स्वीकृति करते हैं।

- 1) यह कि न तो जॉर्जिया और न ही अर्जेंटीना में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उठाए गयी/मांगते में लगे या ले रहे हैं, जोसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्कारित/विनिर्मित कलम के समक्ष में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अतिरिक्त/मांगते हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल जॉर्जिया मदद उठाए गयी/मांगते हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेंगे/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" में जो यह सहायता केवल विविध प्रकृति को है। ऐसी या अन्यथा द्वारा जो कोई सलाह या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का सुचय ऐसी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिखे अस्पताल में ऐसी के इलाक़ मुझा और अने-जाने को जारी जिम्मेदारी ऐसी एवं अस्पताल जो होगी और "कोशिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

13/08/23

M.B.B.S/M.S

(Name of Dr. & Recl. No. and Stamp)

Reg. no. 71035

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
SANKRANTI INSTITUTE

### अनुसूचिक उपसंग्रह

व्यासो हस्त्याक्षः ।

न्यासी हस्ताक्षर १

Exempel

2028