

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

|                                                  |                   |                                |          |
|--------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|----------|
| APPLICATION No.<br>आवेदन संख्या :                | K/0823/0481       | APPLICATION DATE<br>आवेदन तिथि | 15/08/23 |
| NAME of APPLICANT<br>आवेदक का नाम                | MOHAMMAD ATAULLAH | AGE-YEARS<br>आयु-वर्ष          | 58       |
|                                                  |                   | SEX<br>लिंग                    | M        |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME<br>पिता/कन्या का नाम      | MOHAMMAD NUR      |                                |          |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS<br>वर्तमान आवासीय पता  |                   |                                |          |
| 2ND GUMTI, MOGAL BAZAR, MUNGER, BIHAR<br>811201. |                   |                                |          |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS<br>स्थायी आवासीय पता |                   |                                |          |
| — AS ABOVE —                                     |                   |                                |          |



|                                                                                                                                 |                  |                                                    |                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| OCCUPATION<br>व्यवसाय                                                                                                           | FARMER           | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)           | <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| TOTAL ANNUAL INCOME<br>कुल वार्षिक आय                                                                                           | 3000X12 = 36000R | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) |                                                                |
| PAN No.<br>स्थायी पत्रा संख्या                                                                                                  |                  |                                                    |                                                                |
| 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 / 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.                     | MOHAMMAD ATAULLAH                                 | 58                         | M              | SELF                                            |
| 2.                     | SABINA KHATUN                                     | 55                         | F              | WIFE                                            |
| 3.                     | MD RIZWAN                                         | 29                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | AYMAN KHATUN                                      | 24                         | F              | DAUGHTER                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनति 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<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>उत्सर्ग/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS — CATARACT — RE                                                                    |
| 2.                     | SURGERY — RE (SICS + IOL)                                                                    |
| 3.                     |                                                                                              |
| 4.                     |                                                                                              |
| 5.                     |                                                                                              |

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत कथन, असत्य, गलत बता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस जो प्रार्थना पत्र "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि पा रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस राशियाँ मुझे यह प्रार्थना की गई है, उस राशि या आशियाँ या उसके किन्हीं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अन्वेषी साक्षी को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "नामांकी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रकार से प्रकाशित है, इसे "कोशिका" समूह-जारी, दान, सम्पत्ति या दूसरे उद्देश्य से मुझे वित्तीय/वैद्यकीय और उपायव्ययों के लिये किसी भी प्रकार सम्पत्ति से प्रशिक्षित करने के लिए अधिकृत है। मेरा इसका विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे ज्ञात: साक्षी का हस्ताक्षर नहीं था। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह इसकी न्यायिकता का निर्णय अंतिम और सम्पत्तिकारो होगा।

जयदेव का इलाक़ा या जंगल का निवास

✓ Md. Attaulah

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 rôle or responsibility in the matter.

हमने अधिष्ठित, हमाराहारे को जो से मालते/पोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किने इन (हमाराहारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मालते में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किनेते उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अस्विकृत/नकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मालते हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता बसत वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हमाराहारे द्वारा ही कोई कलाज या किने गई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमाराहारे का बोध कर दिया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हमाराहारे में रोगी के उपचार सुझाव और आने जाने की जारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमाराहारे की होगी और "कोशिका" को कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

|                                                 |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>और/वाहन की तारीख<br>15/08/23 | <p style="text-align: center;"> <b>Dr. Shibashis Das</b><br/> <b>M.B.B.S. M.S.</b><br/>         (Name of the Doctor with Stamp)<br/>         Reg. no. 71035       </p> | <p style="text-align: center;"> <b>OPTOM ANKUR DAS</b><br/>         (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory<br/>         on behalf of Hospital)<br/> <b>SANKARA JYOTI EYE INSTITUTE</b> </p> |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>गुणेश्वरी हस्ताक्षर 1                                     | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>गुणेश्वरी हस्ताक्षर 2                                       |
|  |  |