

|                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                       |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)                                                                        |                                                          | <br>Koshika<br>Foundation<br>Building block of life |  |
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : M/0922/0275                                                                                                    |                                                                                              | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि 02/09/2022                                                                     |                                                          |                                                                                                                                       |  |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम MAHJABIN BEGUM                                                                                                 |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>47                                                                                        | SEX लिंग<br>F                                            |                                                                                                                                       |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/पति का नाम ABGAS ALI                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                                       |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता<br>1/21/H/9 J.K. GHOSH ROAD, BEGUMBAHA, KOLKATA 700038, WEST BENGAL                                 |                                                                                              |                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                                       |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता<br>AS ABOVE                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                                       |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय HOME MAKER                                                                                                                 |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                        |                                                          |                                                                                                                                       |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय NIL                                                                                                        |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                              |                                                          |                                                                                                                                       |  |
| PAN No. : आई खाता 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 लगाये) Yes / No हा / 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 सम्बंध                                                                                        |  |
| 1.                                                                                                                                                 | MAHJABIN BEGUM                                                                               | 47                                                                                                              | F                                                        | SELF                                                                                                                                  |  |
| 2.                                                                                                                                                 | MD. IR IKRAM                                                                                 | 49                                                                                                              | M                                                        | BROTHER                                                                                                                               |  |
| 3.                                                                                                                                                 | TABASGUM BEGUM                                                                               | 42                                                                                                              | F                                                        | SISTER                                                                                                                                |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधि आधार                                                         |                                                                                              |                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                                       |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>लोबो रेखा को नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)                                         |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) |                                                          | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>व्यपेक्षा कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)                                            |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                                       |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनियों 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 (SIC) 2.0                                                                       |                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                                       |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?              |                                                                                              |                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                                       |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                             | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                 | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कोई 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं उसे दूंगा जो सहायक राशि "कोशिका फाउंडेशन", से ही आ रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धारा बना है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या संभव हिस्सा किसी अन्य धोखाधड़ी/बक-बोया कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

**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 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में जोड़ा है, उसे "कोशिका" एक्सप्रेस, पत्र, यात्रा, दूरदर्शन, इंटरनेट, दूरदर्शन से दुरी परिसरों और अन्य माध्यमों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप पर विवरण मेरे इलाके के रहने या बाद में कार्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" 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 जोड़ा है, कुछ स्वतः सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक्सप्रेस उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की 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 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.

यहां, अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्मेलन/पेशी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जब कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/पेशी उक्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी मदद उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

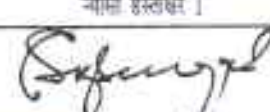
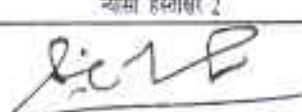
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किसे लगे उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी के इलाज सुझा और आगे जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                       |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>आपरेशन की तारीख<br><b>02/09/22</b> | <br><b>Dr. Shibashis Das</b><br>(Name of Doctor & Hospital Seal Stamp)<br>डॉक्टर का नाम और हस्पताल का मुद्रा | <br><b>OPTIM ADVISORY DAS</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

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