

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                                                                        |                                                                                              | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                              |                                                              |                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>APPLICATION No. :</b> M/1222/0609<br><b>आवेदन संख्या :</b>                                                                                                                                          |                                                                                              | <b>APPLICATION DATE :</b> 22/12/2022<br><b>आवेदन तिथि :</b>                                                                                     |                                                              |                                                                                                                       |
| <b>NAME of APPLICANT :</b> MD JALAL<br><b>आवेदक का नाम :</b>                                                                                                                                           |                                                                                              | <b>AGE-YEARS</b> 62<br><b>आयु-वर्ष :</b>                                                                                                        | <b>SEX</b> M<br><b>लिंग :</b>                                |                                                                                                                       |
| <b>FATHER'S/SPOUSE'S NAME :</b> SK BADRUDDIN<br><b>पिता/सहोदर का नाम :</b>                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| <b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS :</b> 5/11A GORA CHAND LANE, BENIAPUR, ENTALLY, CIRCUS AVENUE, KOLKATA 700014, WEST BENGAL<br><b>वर्तमान आवासीय पता :</b>                                                 |                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :</b> AS ABOVE<br><b>स्थायी आवासीय पता :</b>                                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| <b>OCCUPATION :</b> UNEMPLOYED<br><b>व्यवसाय :</b>                                                                                                                                                     |                                                                                              | <b>MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)</b>                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| <b>TOTAL ANNUAL INCOME :</b> NIL<br><b>कुल वार्षिक आय :</b>                                                                                                                                            |                                                                                              | <b>(Attach Proof of Income)</b><br><b>(आय का प्रमाण संलग्न करें)</b>                                                                            |                                                              |                                                                                                                       |
| <b>PAN No. :</b><br><b>आयदाता संख्या :</b>                                                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| <b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):</b> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No<br><b>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):</b> हाँ / नहीं |                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                 | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम                                              | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                                                      | Gender<br>लिंग                                               | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                                                       |
| 1.                                                                                                                                                                                                     | MD JALAL                                                                                     | 62                                                                                                                                              | M                                                            | SELF                                                                                                                  |
| 2.                                                                                                                                                                                                     | ASIA BEGUM                                                                                   | 52                                                                                                                                              | F                                                            | WIFE                                                                                                                  |
| 3.                                                                                                                                                                                                     | SK SALAUDDIN                                                                                 | 35                                                                                                                                              | M                                                            | SON                                                                                                                   |
| 4.                                                                                                                                                                                                     | SIMA BEGUM                                                                                   | 32                                                                                                                                              | F                                                            | DAUGHTER                                                                                                              |
| 5.                                                                                                                                                                                                     | AMRUDDIN                                                                                     | 25                                                                                                                                              | M                                                            | SON                                                                                                                   |
| <b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</b><br><b>सहायता के लिये विनोद आधार</b>                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| <b>BPL Card</b><br><b>(Attach Card Copy)</b><br><b>गरीबी रेश की नौचे प्रमाण पत्र</b><br><b>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</b>                                                                 |                                                                                              | <b>EWS Certificate</b><br><b>(Attach Certificate Copy)</b><br><b>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र</b><br><b>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</b> |                                                              | <b>Ration Card</b><br><b>(Attach Copy)</b><br><b>उपभोक्ता कार्ड</b><br><b>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</b> |
| <b>Any Other Basis/Proof</b><br><b>अन्य कोई साक्ष्य</b>                                                                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| <b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b><br><b>सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:</b>                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                 | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| 1.                                                                                                                                                                                                     | DIAGNOSIS- CATARACT- LE                                                                      |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| 2.                                                                                                                                                                                                     | SURGERY- LE (SICS+IOL)                                                                       |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| <b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:</b><br><b>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?</b>                                                   |                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                 | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                                                 | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कितनी राशि सहायता मिली |                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                                                       |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक द्वारा केलया पत्र)**

- 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 प्रपत्र में दिए गये 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस मदद को अतिरिक्त या संकलन हिस्से किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा वार्ता, दूर, वाचनात्मक दूरदर्शन, प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण को इन्टरनेट के पन्ने या वेब से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित विवरणों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्शेदक 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की जायेगी मेरे मान्य/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मांगने में लगेगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त की संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/संकलन हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य री. सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/मांगने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने कर्तव्य को पूरी जिम्मेदारी से रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

22/12/22

Dr. Shibankis Das

(Name of Dr. &amp; Design. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व डिजाइन नं. के साथ छाप

OPTOM. ANIRUPTI DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
Consent of Hospital)

NKAHSP. 0003 2022/12/22

FOR INTERNAL USE of KOSHika FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

S. K. S.