

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                   |                | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)                                                              |    | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br>Building blocks of life. |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                                                                   |                                                                                                | K/0109/2832                                                                                                       |                | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि                                                         |    | 25/01/19                                                                                                                                        |   |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम                                                                                                   |                                                                                                | ASRAF MOLLA                                                                                                       |                | AGE-YEARS<br>वर्ष                                                                        | 62 | SEX<br>लिंग                                                                                                                                     | M |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/पत्नी का नाम                                                                                         |                                                                                                |                                                                                                                   |                | TAHER MOLLA                                                                              |    |                                                                                                                                                 |   |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS :<br>वर्तमान निवासीय पता                                                                                    |                                                                                                |                                                                                                                   |                | MILBARA UTTAR DURGAPUR JALPAIGURI<br>JALPAIGURI SOUTH 24 PARGANNA WB 743007, WB<br>INDIA |    |                                                                                                                                                 |   |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :<br>स्थायी निवासीय पता                                                                                   |                                                                                                |                                                                                                                   |                | - AS ABOVE -                                                                             |    |                                                                                                                                                 |   |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय                                                                                                               |                                                                                                |                                                                                                                   |                | UNEMPLOYED                                                                               |    |                                                                                                                                                 |   |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय                                                                                               |                                                                                                |                                                                                                                   |                | NIL                                                                                      |    |                                                                                                                                                 |   |
| PAN No. :<br>संयुक्त कर पहचान संख्या                                                                                                  |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                          |    |                                                                                                                                                 |   |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न काटें)               |                                                                                                |                                                                                                                   |                | Yes / No<br>हां / 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                                                                                                                                     | ASRAF MOLLA                                                                                    | 62                                                                                                                | M              | SELF                                                                                     |    |                                                                                                                                                 |   |
| 2                                                                                                                                     | TAHER MOLLA                                                                                    | 53                                                                                                                | M              | WIFE                                                                                     |    |                                                                                                                                                 |   |
| 3                                                                                                                                     | IBRAHIM MOLLA                                                                                  | 31                                                                                                                | M              | SON                                                                                      |    |                                                                                                                                                 |   |
| 4                                                                                                                                     | MAHARAJA BIAL                                                                                  | 28                                                                                                                | F              | DAUGHTER                                                                                 |    |                                                                                                                                                 |   |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विवरी आधार                                           |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                          |    |                                                                                                                                                 |   |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)                            |                                                                                                | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) |    | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण                                                                                                     |   |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये निशानों का उद्देश्य:                                                     |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                          |    |                                                                                                                                                 |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>वैद्यकीय/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                   |                |                                                                                          |    |                                                                                                                                                 |   |
| 1                                                                                                                                     | DIAGNOSIS - ANAEMIA - LE                                                                       |                                                                                                                   |                |                                                                                          |    |                                                                                                                                                 |   |
| 2                                                                                                                                     | SURGERY - LE (SICKLE CELL)                                                                     |                                                                                                                   |                |                                                                                          |    |                                                                                                                                                 |   |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है? |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                          |    |                                                                                                                                                 |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                      |                                                                                                                   |                | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>इस गति सहायता राशि                                 |    |                                                                                                                                                 |   |
|                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                          |    |                                                                                                                                                 |   |
|                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                          |    |                                                                                                                                                 |   |
|                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                          |    |                                                                                                                                                 |   |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन माना जाय तो मेरी सहायता निरास हो या खत्म हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस मदद का अतिरिक्त या अलग विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में अंकित है, उसे "कोशिका" दम्प, पत्र, दूर, कचरा/चपट दूर उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी जानकारी के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में पेश की अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्प उसके पत्र/पत्रिका का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होना।

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

आवेदनक के 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 ओर से योगायोग के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनम्रता की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से मदद न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विनम्रता/विनम्रता उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अलग हेतु माँगा नहीं किया जाय तो वे माँगावत किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता किसे गले उभारना/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुरक्षा और गले करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षर को होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                |                                                                                                                        |                                                                                                                |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>25/01/19 | Dr. Alok Agrawal<br>MBBS, MS, MCh, FACS, FICM<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>रोगी का नाम व हस्ताक्षर व छाप | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>रोग व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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