

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                            |                                                                                              |                                                                     |                | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                                                                                                                         |  | <br>Koshika foundation<br>Building block of life. |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: <span style="font-size: 1.2em;">K/0110/0720</span>                                                        |                                                                                              | APPLICATION DATE: <span style="font-size: 1.2em;">04/07/19</span>   |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
| NAME of APPLICANT: <span style="font-size: 1.2em;">MD SAJJAD ANSARI</span>                                                 |                                                                                              | AGE-YEARS <span style="font-size: 1.2em;">64</span>                 |                | SEX <span style="font-size: 1.2em;">M</span>                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                      |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <span style="font-size: 1.2em;">MD USMAN</span>                                                    |                                                                                              |                                                                     |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <span style="font-size: 1.2em;">NEAR SHALIMAR STORE, BHAYDARDI, GARDI, JHARKHAND, 815301</span> |                                                                                              |                                                                     |                | <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> |  |                                                                                                                                      |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <span style="font-size: 1.2em;">AS ABOVE</span>                                               |                                                                                              |                                                                     |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
|                                                                                                                            |                                                                                              |                                                                     |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
| OCCUPATION: <span style="font-size: 1.2em;">UNEMPLOYED</span>                                                              |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                            |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: <span style="font-size: 1.2em;">RS 1700 x 12 = 20400/-</span>                                         |                                                                                              | (Attach Proof of Income)                                            |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
| PAN No. <span style="font-size: 1.2em;">XXXXXX</span>                                                                      |                                                                                              |                                                                     |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):                                                             |                                                                                              | Yes / No                                                            |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
| क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):                                                             |                                                                                              | 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 सम्बंध                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |  |
| 1.                                                                                                                         | MD SAJJAD ANSARI                                                                             | 64                                                                  | M              | SELF                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                      |  |
| 2.                                                                                                                         | SABARA KHAN                                                                                  | 58                                                                  | F              | WIFE                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                      |  |
| 3.                                                                                                                         | SAHID KARIM                                                                                  | 31                                                                  | M              | SON                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                      |  |
| 4.                                                                                                                         | SAHABAZ PARVEEN                                                                              | 34                                                                  | F              | DAUGHTER                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| 5.                                                                                                                         | SAHINA PARVEEN                                                                               | 23                                                                  | F              | DAUGHTER                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                                                             |                                                                                              |                                                                     |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)                                                                                             |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)                        |                | Ration Card<br>(Attach Copy)                                                                                                                                                                                                               |  | Any Other Basis/Proof                                                                                                                |  |
| गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                  |                                                                                              | अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                | उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                                                                                                                                  |  | अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                                     |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                                                                       |                                                                                              |                                                                     |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
| सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                                                    |                                                                                              |                                                                     |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
| 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 (JECST 100)                                                                       |                                                                     |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                                                             |                                                                                              |                                                                     |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
| 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>लगे गई सहायता राशि                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
|                                                                                                                            |                                                                                              |                                                                     |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
|                                                                                                                            |                                                                                              |                                                                     |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |
|                                                                                                                            |                                                                                              |                                                                     |                |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                      |  |

**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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार की रकम, पूर्णतया या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोर्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मैं विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायोर्ष, दूर, माध्यम/माध्यमों द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण मेरे इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोर्ष अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है उसके साथ: सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायोर्ष का निर्णय अंतिम और मायकाही होगा।

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

आवेदक 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/स्वीकृति को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित अतिरिक्त/सफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सकारात्मक संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किने गये 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 में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Shub Sankar Bagchi

Director

Sushil Eye Hospital &amp; Research Centre

(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

यह व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

04/07/19

Dr. Anil Kumar  
M.D., MS  
FAC (No. 50372)  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप दें

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायोर्ष हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायोर्ष हस्ताक्षर 2