

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: K/0225/1005		APPLICATION DATE: 11/2/25			
NAME of APPLICANT: MD BECHU		AGE-YEARS: 48		SEX: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SALMA BEGUM					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: RATA RAM MOHAN SARANI, KOLKATA 700000, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: LABOURER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60000				(Attach Proof of Income)	
PAN No. (Optional)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS - परिवार विवरण					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	MD BECHU	48	M	SELF	
2.	SALMA BEGUM	33	F	WIFE	
3.	NEHA PARVEEN	8	F	DAUGHTER	
4.	YAMUNA PARVEEN	13	F	DAUGHTER	
5.	MD ALI		M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
1.					
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1.					
2.					

DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक द्वारा भरना)

- 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 धीरे-धीरे कहता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कहने पर सत्य प्रमाणित हो जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर सत्यता के साथ "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता ले रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए करूँगा, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी थी।
- 3) मैं यहाँ पर सत्यता के साथ कहता हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले ली है और न ही लेना है।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा भरना)

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 (अवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में शामिल हैं, जो "कोशिका" फाउंडेशन, द्वारा, मुझे सहायता देने के उद्देश्य के लिए उपयोग करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के त्रस्टियों के द्वारा सहायता देने के उद्देश्य के लिए उपयोग करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेरक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

MPBEHCU

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा भरना)

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.

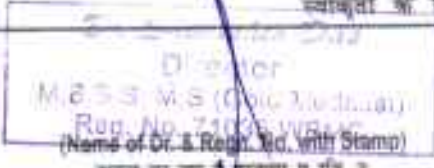
हमने यहाँ पर, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा, इस मामले/रोगी के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत/संस्था से किसी अन्य रोगी के लिए माँगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता माँगी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने रोगी के लिए सहायता माँगने के लिए किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत/संस्था से किसी अन्य रोगी के लिए माँगी जा रही है।

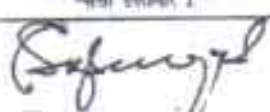
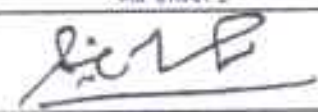
2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे द्वारा ही हो रहा है या किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता माँगी जा रही है, इसका निर्णय रोगी और हमारे बीच है। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता माँगी जा रही है, इसका निर्णय रोगी और हमारे बीच है। हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत/संस्था से किसी अन्य रोगी के लिए माँगी जा रही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/02/25	 M.B.S.S. M.S. (Ortho Medicine) Reg. No. 71095-VR (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हमारे डॉक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे डॉक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--