

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                              |                                        | (स्वास्थ्य देखभाल)                        |         |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|---------|---------------------------|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                    |                                        | (Healthcare)                              |         |                           |
| Koshika foundation<br>Building block of life                                                 |                                        |                                           |         |                           |
| APPLICATION No. : 4 / 0925 / 1347                                                            |                                        | APPLICATION DATE : 22/09/25               |         |                           |
| NAME of APPLICANT : MD MASROORUL HAQUE                                                       |                                        | AGE-YEARS : 63                            | SEX : M |                           |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MD. MARUDUL                                                         |                                        |                                           |         |                           |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 11/1H/3, HARI STREET, RAJA RAM MOHAN SAKANI, 700009, WEST BENGAL |                                        |                                           |         |                           |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE                                                       |                                        |                                           |         |                           |
| OCCUPATION : FARMER                                                                          |                                        | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  |         |                           |
| TOTAL ANNUAL INCOME : 4000x12 = 48000/-                                                      |                                        | (Attach Proof of Income)                  |         |                           |
| PAN No. :                                                                                    |                                        | (आप का आय प्रमाण)                         |         |                           |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):                               |                                        |                                           |         |                           |
| Yes / No                                                                                     |                                        |                                           |         |                           |
| FAMILY DETAILS                                                                               |                                        |                                           |         |                           |
| Sr. No.                                                                                      | Name of Family Member                  | Age (Years)                               | Gender  | Relation with Applicant   |
| 1.                                                                                           | MASROORUL HAQUE                        | 63                                        | M       | SELF                      |
| 2.                                                                                           | ALIYA MASROOR                          | 35                                        | F       | DAUGHTER                  |
| 3.                                                                                           | MD DANISH                              | 31                                        | 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.                                                                                      | Medical Reports/Prescriptions Attached |                                           |         |                           |
| 1.                                                                                           | DIAGNOSIS - CATARACT (LE)              |                                           |         |                           |
| 2.                                                                                           | SURGERY - LE (SICS + IOL)              |                                           |         |                           |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                               |                                        |                                           |         |                           |
| Sr. No.                                                                                      | NAME of OTHER SOURCE                   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED        |         |                           |
|                                                                                              |                                        |                                           |         |                           |
|                                                                                              |                                        |                                           |         |                           |
|                                                                                              |                                        |                                           |         |                           |



**DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक 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 प्रपत्र में दिये 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 इसी तथे सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह राशि का आंशिक या सफल विमुक्त किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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 fulfilment 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 this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपने सहयोगी को सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, संचालन या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के फल से या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। मैं स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Maharajendra Kumar*

**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 मामला/रोगी 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 और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेनी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अंश/सफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य संचालन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य संचालन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की साथ जिम्मेवारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुनिक या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                            |                                                                                                |                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>22/09/25</p> | <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व प्रमाणिका संख्या के साथ</p> | <p>Optom Anujit Das<br/>Sanita Program Officer<br/>(Name, Designation &amp; Signature of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                          |                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safar</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>...</i></p> |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|