

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)		
APPLICATION No. : <u>u/1025/1458</u>		APPLICATION DATE : <u>09/10/25</u>		
NAME of APPLICANT : <u>AREEH ALI MANDAL</u>		AGE-YEARS : <u>53</u>	SEX : <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>IMAN BAKAS MOLLA</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>CHAMPADUKUR, BASTARAT - NORTH 24 PARAGANAI,</u>				
<u>WEST BENGAL, INDIA</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>ASTABOVE</u>				
OCCUPATION : <u>PAINTER</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>7000 x 12 = 84,000/-</u>		(Attach Proof of Income)		
PAN No. : <u>स्थायी खाता संख्या</u>		(आप का साक्ष्य संलग्न)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				
Yes / No / <u>हाँ / नहीं</u>				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	<u>AREEH ALI MANDAL</u>	<u>53</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>SERINA BIBI</u>	<u>49</u>	<u>F</u>	<u>WIFE</u>
3.	<u>ABDUL AHAD MONDAL</u>	<u>91</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
4.	<u>ASMA BIBI</u>	<u>19</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	<u>DIAGNOSIS - RE (CATARACT)</u>			
2.	<u>SURGERY - RE (SLC + IOL)</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रारूप 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 दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उभी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑरिजिन या सकल किस्म किसी अन्य स्रोत/निर्धेशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है 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 it's 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 it's 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् भ्राता, राय, पाठना/या दूसरे उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार काध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मनाही 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 मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भ्राताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

• *अशोक अश्विनी प्रभु*

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हमने अधिबुद्ध, हस्ताक्षर की और से प्राप्ति/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 सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधिति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिति अंतिम/सकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या विषय 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 सुरक्षित और जाने जाने की सारी ज़िम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी या ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/10/25

Dr. Sankar Das
Director
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Optom Avinash Das
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
Senior Medical Officer
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

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. R. E.