

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                         |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                |                                                      | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life.</small> |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: आवेदन संख्या: <b>K/1217/1515</b>                                                                                                    |                                                                                              | APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: <b>09.12.17</b>                                                                     |                                                      |                                                                                                                                                              |  |
| NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: <b>ARATI MAITY</b>                                                                                                  |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष: <b>53</b>                                                                                     | SEX लिंग: <b>F</b>                                   |                                                                                                                                                              |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: <b>BANOMALI MAITY</b>                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                   |                                                      |                                                                                                                                                              |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: <b>7C TANGRA 2ND LANE, KOLKATA, WEST BENGAL</b>                                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                                                      |                                                                                                                                                              |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: <b>AS ABOVE</b>                                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                   |                                                      |                                                                                                                                                              |  |
| OCCUPATION: व्यवसाय: <b>LABOUR</b>                                                                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                   | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):            |                                                                                                                                                              |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: <b>Rs. 1200 x 12 = 14,400/-</b>                                                                                 |                                                                                              |                                                                                                                   | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें) |                                                                                                                                                              |  |
| PAN No. स्थायी खाता संख्या: <b></b>                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                   |                                                      |                                                                                                                                                              |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल करते हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): <b>Yes / हाँ</b> |                                                                                              |                                                                                                                   |                                                      |                                                                                                                                                              |  |
| 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.                                                                                                                                                   | ARATI MAITY                                                                                  | 53                                                                                                                | F                                                    | SELF                                                                                                                                                         |  |
| 2.                                                                                                                                                   | BANOMALI MAITY                                                                               | 60                                                                                                                | M                                                    | HUSBAND                                                                                                                                                      |  |
| 3.                                                                                                                                                   | KALIPADA MAITY                                                                               | 30                                                                                                                | M                                                    | SON                                                                                                                                                          |  |
| 4.                                                                                                                                                   | KABITA MAITY                                                                                 | 26                                                                                                                | F                                                    | DAUGHTER                                                                                                                                                     |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):<br>सहायता के लिये विनंति आधार:                                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                                                      |                                                                                                                                                              |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>सोयी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                           |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                      | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                   |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                   |                                                      |                                                                                                                                                              |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे लगे विनंति 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 (SIAS + IOL)                                                                    |                                                                                                                   |                                                      |                                                                                                                                                              |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?               |                                                                                              |                                                                                                                   |                                                      |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                               | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                   |                                                      | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ती 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाला कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं है, इस दान का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)**

- 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके न्याताओं को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.डी.ए.ए. द्वारा, या अन्य किसी भी माध्यम से, वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि के माध्यम से, कोशिका फाउन्डेशन के लिये दानों को एकत्रित करने के लिये और/वाला कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सिद्धियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिये उपयोग करेगा। इस उपयोग के लिये मेरी फोटो और विवरणों का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.डी.ए.ए. के न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)**

- 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 this matter.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से परामर्शदाता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) फिर उधार से धन न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी बाह्य स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उधार के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकतम/कम हेतु प्रस्तावित की जा रही है तो हस्पताल किसी अन्य बाह्य स्रोत से किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उधार प्राप्त होने पर उधार लेनेवाला हेतु किसी भी बाह्य स्रोत से किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या बिना हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देना एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने अपने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

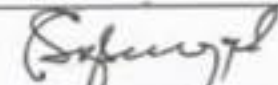
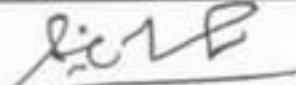
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>09.12.17 | <br>Dr. Arindam Deb<br>MBBS, D.O., FRCS<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>हस्ताक्षर का नाम व. पं.सं.सं. & Research Centre | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तरीक उपयोग हेतु

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्याता इस्तफा 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्याता इस्तफा 2<br> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|