

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                     |                                        | (स्वास्थ्य देखभाल)                                              |                                    |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                           |                                        | Koshika<br>foundation<br><small>Building block of life.</small> |                                    |                           |
| APPLICATION No. : <b>K/0218/2163</b>                                                                |                                        | APPLICATION DATE : <b>14/2/18</b>                               |                                    |                           |
| NAME of APPLICANT : <b>BECHARAM HALDER</b>                                                          |                                        | AGE-YEARS : <b>63</b>                                           | SEX : <b>M</b>                     |                           |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <b>MICHHARI HALDER</b>                                                     |                                        |                                                                 |                                    |                           |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <b>GONDAL PARA-10, GANGADHAR PUR DANCHLA SADAK, HOWRAH, WEST BENGAL</b> |                                        |                                                                 |                                    |                           |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <b>- AS ABOVE -</b>                                                   |                                        |                                                                 |                                    |                           |
| OCCUPATION : <b>UNEMPLOYEE</b>                                                                      |                                        |                                                                 |                                    |                           |
| TOTAL ANNUAL INCOME : <b>NIL</b>                                                                    |                                        | (Attach Proof of Income)                                        |                                    |                           |
| PAN No. : <b>-</b>                                                                                  |                                        |                                                                 |                                    |                           |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <b>Yes / No</b>                      |                                        |                                                                 |                                    |                           |
| FAMILY DETAILS                                                                                      |                                        |                                                                 |                                    |                           |
| Sr. No.                                                                                             | Name of Family Member                  | Age (Years)                                                     | Gender                             | Relation with Applicant   |
| 1.                                                                                                  | BECHARAM HALDER                        | 63                                                              | M                                  | SELF                      |
| 2.                                                                                                  | WILIMA HALDER                          | 58                                                              | F                                  | WIFE                      |
| 3.                                                                                                  | ARTINDOM HALDER                        | 40                                                              | 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 (L.E)             |                                                                 |                                    |                           |
| 2.                                                                                                  | SURGERY - L (SUCCESSFUL)               |                                                                 |                                    |                           |
| 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: (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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो उसे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस ले सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ले ले रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उद्देश्य को पूर्ण है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवश्य सन्मति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्बलम, चित्र, साप्ताहिक द्वाारा उद्घरण से मुद्रित पत्रिकाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार संपादन से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका बिना मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे भला: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बलम उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

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

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से संपादक/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 हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उस के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त अंतिम/समस्त हेतु मन्सूर नहीं किया जाय तो हमें अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संपादन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उस रोगी/रोगी के हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संपादन से नहीं लेकलेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई 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 दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इच्छा अनुसार और अपने जाने की सटी विमर्शनी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई चुनिंदा या विमर्शनी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)  
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निरस्त संशोधन)

ACCEPTANCE

सन्मति

REJECTION

नमन्सूर

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

14/11/18

Dr. R. Ghosh  
MBBS, DNB, FRCS  
Reg. No. 50971

Susmita Eye Foundation & Research Centre  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Dr. R. Ghosh  
Director  
Susmita Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

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

| SANCTIONED<br>सन्मति | REJECTED<br>नमन्सूर | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2 |
|----------------------|---------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                      |                     |                                              |                                              |