

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                            |                                                                    | (स्वास्थ्य देखभाल)                                 |                                                |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|
| APPLICATION No. : <b>K/0518/0030</b>                                                       |                                                                    | APPLICATION DATE : <b>11.05.18</b>                 |                                                |                         |
| NAME of APPLICANT : <b>FULMONI SARDAR</b>                                                  |                                                                    | AGE-YEARS : <b>77</b>                              | SEX : <b>F</b>                                 |                         |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <b>JOGINDRA SARDAR</b>                                            |                                                                    |                                                    |                                                |                         |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <b>PHAT NO-191, BAHADURPUR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL</b> |                                                                    |                                                    |                                                |                         |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <b>AS ABOVE</b>                                              |                                                                    |                                                    |                                                |                         |
| OCCUPATION : <b>HOUSE WIFE</b>                                                             |                                                                    |                                                    |                                                |                         |
| TOTAL ANNUAL INCOME : <b>NIL</b>                                                           |                                                                    | (Attach Proof of Income)                           |                                                |                         |
| PAN No. : <b>XXXXXX</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.                                                                                         | FULMONI SARDAR                                                     | 77                                                 | F                                              | SELF                    |
| 2.                                                                                         | KAMAL SARDAR                                                       | 52                                                 | M                                              | SON                     |
| 3.                                                                                         | CHANDANA SARDAR                                                    | 46                                                 | F                                              | DAUGHTER                |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                             |                                                                    |                                                    |                                                |                         |
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)                                       | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof |                         |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                                       |                                                                    |                                                    |                                                |                         |
| Sr. No.                                                                                    | Medical Reports/Prescriptions Attached                             |                                                    |                                                |                         |
| 1.                                                                                         | DIAGNOSIS - CATARACT (L.E)                                         |                                                    |                                                |                         |
| 2.                                                                                         | SURGERY - L.E (CATARACT)                                           |                                                    |                                                |                         |
| 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 पर:**

- 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 जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस उद्देश्य का अधिक या समकल हिसाब किसी अन्य सोर्सिस्टर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, सचिव/सचिव द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**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.

इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से चयनित/पेश की "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 भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जा रही है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पेशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अस्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाय तो हम हस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज गुणवत्ता और अन्य चीजों की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)**

संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)

**ACCEPTANCE**

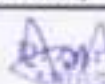
मंजूर

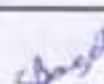
**REJECTION**

नमंजूर

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

11/05/18

  
Arindam Deb  
MBBS, DO, FRCS  
Reg. No.-58096  
Purush Eye Foundation & Research Centre  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

  
Arindam Deb  
Director  
Purush Eye Foundation & Research Centre

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

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपलब्ध हेतु

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

न्यासी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यासी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED

मंजूर

REJECTED

नमंजूर

