

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                 |                           | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)               |                                    | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No. : K10H810837                                                                                                    |                           | APPLICATION DATE : 13/02/18               |                                    | <br>Building block of life. |  |
| NAME of APPLICANT : SWAPAN ADHIKARI                                                                                             |                           | AGE-YEARS : 64                            |                                    |                                                                                                               |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SAHADEB ADHIKARI                                                                                       |                           | SEX : M                                   |                                    |                                                                                                               |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : BELEKHAL, RAJGERIA, GHURKUNDA, HADRA-2, NO. PANCHAYAT SAMIT, HADRA, NORTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL |                           | PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE    |                                    |                                                                                                               |  |
| OCCUPATION : UNEMPLOYED                                                                                                         |                           | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  |                                    |                            |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME : NIL                                                                                                       |                           | (Attach Proof of Income)                  |                                    |                                                                                                               |  |
| PAN No. : [Blank]                                                                                                               |                           |                                           |                                    |                                                                                                               |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):                                                                  |                           | Yes / No                                  |                                    |                                                                                                               |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                     |                           |                                           |                                    |                                                                                                               |  |
| Sr. No.                                                                                                                         | Name of Family Member     | Age (Years)                               | Gender                             | Relation with Applicant                                                                                       |  |
| 1.                                                                                                                              | SWAPAN ADHIKARI           | 64                                        | M                                  | SELF                                                                                                          |  |
| 2.                                                                                                                              | DEPTI ADHIKARI            | 56                                        | F                                  | WIFE                                                                                                          |  |
| 3.                                                                                                                              | PALTU ADHIKARI            | 36                                        | M                                  | SON                                                                                                           |  |
| 4.                                                                                                                              | RATNA ADHIKARI            | 30                                        | F                                  | DAUGHTER                                                                                                      |  |
| 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.                                                                                                                         | DIAGNOSIS - CATARACT - RE |                                           |                                    |                                                                                                               |  |
| 1.                                                                                                                              |                           |                                           |                                    |                                                                                                               |  |
| 2.                                                                                                                              | SURGERY - RE (STC & IOL)  |                                           |                                    |                                                                                                               |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                                                                  |                           |                                           |                                    |                                                                                                               |  |
| Sr. No.                                                                                                                         | NAME of OTHER SOURCE      |                                           | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED |                                                                                                               |  |
| 1.                                                                                                                              |                           |                                           |                                    |                                                                                                               |  |
| 2.                                                                                                                              |                           |                                           |                                    |                                                                                                               |  |
| 3.                                                                                                                              |                           |                                           |                                    |                                                                                                               |  |
| 4.                                                                                                                              |                           |                                           |                                    |                                                                                                               |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान चेषण 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 चेषण करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही 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 दान "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद अन्य किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में भौषण है, उसे "कोशिका" दम्पन न्यायीयों, दान, चरित्रवाचक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव के प्रयत्न करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण भी इसका उपयोग करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यायीयों 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 इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्पन न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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 और से उपरोक्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सम्भव हेतु मांग नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय चरम उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर 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 दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

समीक्षा की लिए संस्तुति

|                                                |                                                                                                                                    |                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>13/08/18 | Dr. Agrewal<br>PHO(Eye)FMRF,FSNEC<br>Reg. No. 34786<br>(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | Dr. Anwar Sapat<br>Director<br>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

|                                               |                                               |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यायीय हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यायीय हस्ताक्षर 2 |
|                                               |                                               |