

| 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.: K/1018/1444                                                                                                                        |                                                                                            | APPLICATION DATE: 10/10/18                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| NAME of APPLICANT: ALOK MUKHERJEE                                                                                                                   |                                                                                            | AGE-YEARS आयु-वर्ष: 53                                                                                                                        |                                                         | SEX लिंग: M                                                                                                                                                  |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KASHINATH MUKHERJEE                                                                                                         |                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:<br>TALCHINAN, PUJANAN, HODGHELY, WEST BENGAL - 712305                                                 |                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता:<br>- ABOVE -                                                                                         |                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| OCCUPATION: FARMER                                                                                                                                  |                                                                                            | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: Re-2000 x 12 = Re-24000/-                                                                                                      |                                                                                            | (Attach Proof of Income)<br>(आप का साक्ष्य संलग्न करें)                                                                                       |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| PAN No. स्वयं छात्रा संख्या                                                                                                                         |                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं |                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                         |                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                              | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                          | Ages (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                                                   | Gender<br>लिंग                                          | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध                                                                                                               |  |
| 1.                                                                                                                                                  | ALOK MUKHERJEE                                                                             | 53                                                                                                                                            | M                                                       | SELF                                                                                                                                                         |  |
| 2.                                                                                                                                                  | BISHNU MUKHERJEE                                                                           | 96                                                                                                                                            | M                                                       | SON                                                                                                                                                          |  |
| 3.                                                                                                                                                  | ATANU MUKHERJEE                                                                            | 23                                                                                                                                            | M                                                       | SON                                                                                                                                                          |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार                                                      |                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)               |                                                                                            | <input type="checkbox"/> EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।) |                                                         | <input type="checkbox"/> Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोगिता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                  |                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| *PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:                                                                    |                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                              | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी हुई प्रतिबोधन सूची संलग्न |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| 1.                                                                                                                                                  | THASADOSIS - CATARACT - LE                                                                 |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| 2.                                                                                                                                                  | SURGERY - LE (SILICA + IOL)                                                                |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लिया गया है?          |                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                              | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                  |                                                                                                                                               | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                     |                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                              |  |



**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 जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, उस राशि का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रांत/विशेषज्ञ/बीमा 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कॉशिका" एवम् ज्योति, धन, चान्दण्य द्वारा उद्देश्य से नुसी गतिविधियों और बरतवियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसन्न करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या चार में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से ज्योति अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके भरोसे 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 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 ओर से मामले/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (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 उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/अवकाश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कॉशिका 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 "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

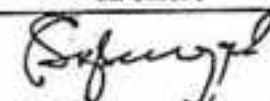
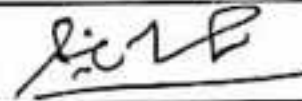
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br>10/10/18 | <br><b>Dhananjay Giri</b><br>MBBS MS<br>Reg. No.-60578<br>(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) Centre<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप | <br><b>Shubhendra Bagchi</b><br>Director<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                 | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                  |
|  |  |