

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                               |                       |                                           |        | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                    |  | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building Block of the</small> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: K/0119/2484                                                                  |                       |                                           |        | APPLICATION DATE: 14.01.2019                                                          |  |                                                                                                                                                            |  |
| NAME of APPLICANT: SANDHYA DAS                                                                |                       |                                           |        | AGE-YEARS: 62                                                                         |  | SEX: F                                                                                                                                                     |  |
| FATHER/SPOUSE'S NAME: RAKHAL CHANDRA DAS                                                      |                       |                                           |        |                                                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 32/H/25 SUBEY SARKAR ROAD, BELEGHATA, KOLKATA, 700010, WEST BENGAL |                       |                                           |        |                                                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE                                                         |                       |                                           |        |                                                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |
| OCCUPATION: HOME MAKER                                                                        |                       |                                           |        | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED |  |                                                                                                                                                            |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: NIL                                                                      |                       |                                           |        | (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)                                            |  |                                                                                                                                                            |  |
| PAN No. (आपका PAN नंबर):                                                                      |                       |                                           |        |                                                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |
| 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.                                                                                            | SANDHYA DAS           | 62                                        | F      | SELF                                                                                  |  |                                                                                                                                                            |  |
| 2.                                                                                            | SHYAMA DAS            | 41                                        | M      | SON                                                                                   |  |                                                                                                                                                            |  |
| 3.                                                                                            | BIJWAJIT DAS          | 32                                        | M      | SON                                                                                   |  |                                                                                                                                                            |  |
| 4.                                                                                            | KALPANA DAS           | 45                                        | 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                                                                                                                                      |  |
| (आपकी रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र)                                                          |                       | (आपका आय वर्ग प्रमाण पत्र)                |        | (आपकी रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र)                                                  |  | (अन्य कोई प्रमाण)                                                                                                                                          |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                                          |                       |                                           |        |                                                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |
| Medical Reports/Prescriptions Attached                                                        |                       |                                           |        |                                                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |
| DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                     |                       |                                           |        |                                                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |
| SURGERY - RE (SECS + IOL)                                                                     |                       |                                           |        |                                                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                                |                       |                                           |        |                                                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |
| NAME of OTHER SOURCE                                                                          |                       |                                           |        |                                                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |
| AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                                                            |                       |                                           |        |                                                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:**

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सहाय्य असाध्य सत्य साबित हो तो मेरी सहाय्य निरास की जा सकती है।
  - 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहाय्य मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पट्टी पर है।
  - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहाय्य से पूर्व या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो सहाय्य नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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

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/post-up/republish 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मैं इस प्रकार का सहमत हूँ कि इसका उपयोग करने या करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, उन्हें स्वतः सहाय्य का हक्कदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य के लिये अधिकृत और सहाय्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



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

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, हमारा यहाँ की ओर से मान्यता/स्वीकृति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहाय्य 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 वित्तिय सहाय्य किसी भी सहाय्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो रहेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/स्वीकृति उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पट्टी पर है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्य किसी अतिरिक्त/सहाय्य हेतु सफाई नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य रोगी सहाय्य संगठन या किसी अन्य सहाय्य संगठन से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा दृष्टिकोण यह है कि सहाय्य दृष्टिकोण यह है कि सहाय्य हेतु किसी भी सहाय्य संगठन या किसी अन्य सहाय्य संगठन से नहीं लेया/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहाय्य केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हमारा द्वारा दी गई सहाय्य या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हमारा ने रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हमारा की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                              |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>14-01-2019</p> | <p>Dr. A. Kundu<br/>MBBS, MS<br/>Reg. No. 55127<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>हस्ताक्षर के साथ व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p> | <p>Dr. Ankur Bagchi<br/>Director<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>सम व पर हमारा अधिकृत अधिकारी</p> |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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