

| 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/0119/2021<br><small>आवेदन संख्या :</small>                                                                                          |                                                                                                              |                                                                                                                                  | APPLICATION DATE: 21/01/19<br><small>आवेदन तिथि</small> |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| NAME of APPLICANT: UTTAM MUKHARJEE<br><small>आवेदक का नाम</small>                                                                                      |                                                                                                              |                                                                                                                                  | AGE-YEARS अनु-वर्ष<br>46                                |                                                                                                       | SEX लिंग<br>M |                                                                                                                                                               |  |
| FATHER/SPOUSE'S NAME: PRABIR MUKHARJEE.<br><small>पिता/पत्नी का नाम</small>                                                                            |                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता<br>KHARDA SAUSUMBAR GHAT ROAD NORTH 24<br>PARAGANAS, WEST BENGAL.                                        |                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास का पता<br>- AS ABOVE -                                                                                        |                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| OCCUPATION : CONTRACT LABOURER.<br><small>व्यवसाय</small>                                                                                              |                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                         | MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)                                                                  |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 2000x12 = 24000/-<br><small>कुल वार्षिक आय</small>                                                                             |                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                         | (Attach Proof of Income)<br>(आय का सबूत संलग्न करें)                                                  |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| PAN No. सवाई खाते संख्या                                                                                                                               |                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं।) Yes / No हाँ / नहीं |                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                            |                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| Sr. No.<br><small>क्रम संख्या</small>                                                                                                                  | Name of Family Member<br><small>परिवार के सदस्यों का नाम</small>                                             | Age (Years)<br><small>उम्र (वर्ष)</small>                                                                                        | Gender<br><small>लिंग</small>                           | Relation with Applicant<br><small>आवेदक से क्या सम्बन्ध</small>                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| 1.                                                                                                                                                     | UTTAM MUKHARJEE                                                                                              | 46                                                                                                                               | M                                                       | SELF                                                                                                  |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| 2.                                                                                                                                                     | PABITA MUKHARJEE                                                                                             | 48                                                                                                                               | F                                                       | WIFE                                                                                                  |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| 3.                                                                                                                                                     | SABASTE DAS                                                                                                  | 17                                                                                                                               | F                                                       | DAUGHTER                                                                                              |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| 4.                                                                                                                                                     | JOY MUKHARJEE                                                                                                | 18                                                                                                                               | M                                                       | SON                                                                                                   |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br><small>सहायता के लिये किन्हीं आधार</small>                                           |                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br><small>गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)</small>                                |                                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br><small>जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)</small> |                                                         | Ration Card<br>(Attach Copy)<br><small>उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)</small> |               | Any Other Basic/Proof<br><small>अन्य कोई सबूत</small>                                                                                                         |                                                                                     |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br><small>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:</small>                                                         |                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| Sr. No.<br><small>क्रम संख्या</small>                                                                                                                  | Medical Reports/Prescriptions Attached<br><small>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीतिवेदन सूची संलग्न</small> |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| 1.                                                                                                                                                     | DIAGNOSES - CATARACT - LE                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| 2.                                                                                                                                                     | SURGERY - LE (SICS+IOL)                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br><small>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?</small>   |                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| Sr. No.<br><small>क्रम संख्या</small>                                                                                                                  | NAME of OTHER SOURCE<br><small>अन्य स्रोत का नाम</small>                                                     |                                                                                                                                  |                                                         | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br><small>तो यह सहायता कितनी</small>                               |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |
|                                                                                                                                                        |                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                       |               |                                                                                                                                                               |                                                                                     |

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक दु वेग वे:**

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी लगातार सहायता की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का प्रमाण दूँगा कि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस प्रमाण पत्र पर प्राप्त की गई है, उस राशि का व्यक्तिक या सरकारी द्वारा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या तो लिया है और या हो भविष्य में नहीं।

## AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING DRUG)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 प्रश्न का जवाब इसकाया या नहीं की बात साफकर, मैं (आवेदक) अपनी छाप/हथेली की मुद्रि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् पत्राई, दान, सावधान्य दूरी उद्देश्य से जुड़ी विभिन्नियों और उपस्थितियों को सिने किसी भी प्रकार सामान्य से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विषय मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व पत्राई अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद दान, पत्र, फोटो और विषय को कि सहायता को उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके पत्राई को निर्णय अधिक और स्वीकारणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION \_\_\_\_\_

ਅੰਦਰੂਨੀ ਅਤੇ ਬਾਹਰੀ ਸੰਬੰਧਾਂ ਵਿੱਚ ਸੰਤੁਲਨ



AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट हॉस्पिटल द्वारा)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Koshika) 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.

क्या? अतिरिक्त, हज़ारों की ओर से सापुले/लेले को "कोशिका आन्दोलन" से विभिन्न सञ्जाल सेतु विभक्ति की जाती है, जिसे इन (हज़ारों) विभिन्न प्रकार से मान्य व प्रीतिमान करते हैं।

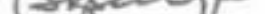
- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी साक्षारी संस्था या किसी अन्य इकाई से उक्त टैरिफ/चार्ज में से होने या हो जाने की, जैसे कि अपने "कोलिका फारमेटेशन" से सिमिलरिटी/डिस्टिक्ट उक्त को समझ में "कोलिका फारमेटेशन" द्वारा गहरा हो कि है। यदि "कोलिका फारमेटेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अन्य हो पायु नहीं किप जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षारी संस्था या किसी अन्य साक्षारी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर उक्त टैरिफ/चार्ज से हो किनी भी साक्षारी संस्था या किसी अन्य साक्षारी से नहीं ले पायेगी।
2. "कोलिका फारमेटेशन" से ही यह सहायता केवल विहित प्रकृति की है। ऐसी या अस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपसा/प्रक्रिया का शुल्क टैरि एवं अस्पताल को बीच का विषय है और "कोलिका फारमेटेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसलिए अस्पताल में टैरि को इतक सुरक्ष और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी टैरि एवं अस्पताल को होती और "कोलिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

मन्त्रीमण्डली के लिए संसदीय प्रणालि

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अस्त्रोपचार की तारीख<br>21/04/19 | <br>Dr. K. Ghosh<br>MBBS, DO, DNB, FRCS<br>Reg. No. - 50971<br>(Name of Doctor to Register Not with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व इम्तका व छिद्र न | <br>Shish Sankar Bagchi<br>Director<br>of Eye Foundation<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद इम्तका अधिकृत अधिकारी |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>આચાર્ય દાસરાજ ૧                                           | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>આચાર્ય દાસરાજ ૨                                            |
|  |  |