

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                              | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)                                                                                         |                | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                         |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                                                                   |                                                                                              | K/0119/2765                                                                                                         |                | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि : 28/01/19                                                |               |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम :                                                                                                 |                                                                                              | MAHAMAYA SAHA                                                                                                       |                | AGE-YEARS<br>वर्ष-वर्ष :                                                                   | SEX<br>लिंग : |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                | 68                                                                                         | F             |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/सहोदर का नाम :                                                                                       |                                                                                              | BOKUL CHANDRA PAL                                                                                                   |                |                                                                                            |               |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| 114/18 PURNACHAL MAIN ROAD, HALT 2<br>KOLKATA 700072, WEST BENGAL.                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| - AS ABOVE -                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय :                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                   |               |
| HOUSE WIFE.                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय :                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                | (Attach Proof of Income)<br>(आय का प्रमाण संलग्न)                                          |               |
| NIL                                                                                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| PAN No. :<br>आय कर पत्र संख्या :                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मध्यम हो उस पर सही का निशान लगाएं):      |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| Yes / No<br>हां / नहीं                                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| FAMILY DETAILS : परिवार विवरण                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                            | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                          | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध                                              |               |
| 1.                                                                                                                                    | MAHAMAYA SAHA                                                                                | 68                                                                                                                  | F              | SELF                                                                                       |               |
| 2.                                                                                                                                    | NARAYAN CHANDRA SAHA                                                                         | 80                                                                                                                  | M              | HUSBAND                                                                                    |               |
| 3.                                                                                                                                    | NIRMAL SAHA                                                                                  | 44                                                                                                                  | M              | SON                                                                                        |               |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये कितनी आधार                                           |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                            |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |               |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये निशानों का उद्देश्य:                                                     |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| 1.                                                                                                                                    | DIAGNOSIS - CATARACT - LE                                                                    |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| 2.                                                                                                                                    | SURGERY - LE (SECS-106)                                                                      |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है? |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                     |                | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि                                    |               |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                            |               |

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

- 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 सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यता पति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में वर्णित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं हूँ, उस दधि का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या मोहरा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदकता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दूर, साधक/चरुण उद्देश्य से मुझे वित्तिय/वित्तिय और सहायकियों के लिये किसी भी प्रकार सत्यता से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अतिरिक्त/असमर्थ हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेने।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या बिना गैर उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हॉस्पिटल ने रोगी के इच्छा सुलभ और अपने करने को जारी रखने/रुखी रोगी एवं हॉस्पिटल को होने और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

03/01/19

Dr. Dhananjay Giri  
MBBS, MS

Reg. No. 60578

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Centre

हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Shib Sankar Bagchi  
Director

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

हम व पर हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2