

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                            |                                                                                              | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)                                                                                                                 |                | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                   |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>APPLICATION No. :</b> K/0419/2769<br><b>आवेदन संख्या :</b>                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                                             |                | <b>APPLICATION DATE :</b> 28/01/19<br><b>आवेदन तिथि :</b>                                                            |                               |
| <b>NAME of APPLICANT :</b> BIRTA DAS<br><b>आवेदक का नाम :</b>                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                                             |                | <b>AGE-YEARS</b> 54<br><b>वयस वर्ष :</b>                                                                             | <b>SEX</b> F<br><b>लिंग :</b> |
| <b>FATHER'S/SPOUSE'S NAME :</b> SANKAR DAS.<br><b>पिता/पति का नाम :</b>                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                                             |                |                                   |                               |
| <b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS :</b> 1/26 HOSPITAL ROAD, HALTOL, KOLKATA<br><b>वर्तमान निवास पता :</b>                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :</b> - AS ABOVE -<br><b>स्थायी निवास पता :</b>                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
| <b>OCCUPATION :</b> DOMESTIC HELP.<br><b>व्यवसाय :</b>                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
| <b>TOTAL ANNUAL INCOME :</b> Rs 900x12 = 10800/-<br><b>कुल वार्षिक आय :</b>                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                                             |                | <b>MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)</b><br><b>(Attach Proof of Income)</b><br><b>(आय का सबूत संलग्न)</b>     |                               |
| <b>PAN No. क्या है (आपके पास):</b> <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
| <b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):</b> Yes / No<br><b>क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य हो उस पर चिह्न लगाएं):</b> हाँ / 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 सम्बन्ध                                                                      |                               |
| 1.                                                                                                                                                         | BIRTA DAS                                                                                    | 54                                                                                                                                          | F              | SELF                                                                                                                 |                               |
| 2.                                                                                                                                                         | VOLEA DAS                                                                                    | 66                                                                                                                                          | M              | HUSBAND                                                                                                              |                               |
| 3.                                                                                                                                                         | SANJAY DAS                                                                                   | 91                                                                                                                                          | M              | SON                                                                                                                  |                               |
| 4.                                                                                                                                                         | SEEMA-SHARMA                                                                                 | 27                                                                                                                                          | F              | DAUGHTER                                                                                                             |                               |
| 5.                                                                                                                                                         | LIMA DAS                                                                                     | 25                                                                                                                                          | F              | DAUGHTER                                                                                                             |                               |
| <b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</b><br><b>सहायता के लिये निम्नलिखित आधार</b>                                             |                                                                                              |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
| <b>BPL Card</b><br><b>(Attach Card Copy)</b><br><b>सही रीति में चिपके प्रमाण पत्र</b><br><b>(प्रमाण पत्र की छाया उड़ी होना चाहिए)</b>                      |                                                                                              | <b>EWS Certificate</b><br><b>(Attach Certificate Copy)</b><br><b>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र</b><br><b>(प्रमाण पत्र की छाया उड़ी होना चाहिए)</b> |                | <b>Ration Card</b><br><b>(Attach Copy)</b><br><b>उपभोग्यता कार्ड</b><br><b>(प्रमाण पत्र की छाया उड़ी होना चाहिए)</b> |                               |
| <b>Any Other Basis/Proof</b><br><b>अन्य कोई सबूत</b>                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
| <b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b><br><b>सहायता हेतु किसे लाने निम्नलिखित का उद्देश्य:</b>                                                        |                                                                                              |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                     | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
| 1.                                                                                                                                                         | DIAGNOSES - CHLAMYDIA-LE                                                                     |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
| 2.                                                                                                                                                         | SURGERY - LE (RECTAL)                                                                        |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
| <b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b><br><b>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?</b>        |                                                                                              |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                     | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>शी गई सहायता राशि                                                                                     |                |                                                                                                                      |                               |
|                                                                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
|                                                                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
|                                                                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |
|                                                                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |                               |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करने वाला:**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में देया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने वाला)**

- 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" दान, न्यायो, दान, सम्पत्ति वगैरह के माध्यम से किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरी प्रार्थना के पत्रों का नाम मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है, मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दान, न्यायो भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल दान करने वाला)**

- 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 यहाँ घोषणा की जा रही है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से मदद या स्वीकार नहीं करेंगे।
- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी भी हॉस्पिटल से या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होने वाली है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए माग कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी हॉस्पिटल से या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं की जाय तो हमें सहायता के लिए माग कर रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता हमें प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे और हॉस्पिटल के बीच की सहायता के निर्णय को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के निर्णय से प्रभावित नहीं किया जाय। अतः, हमारे हॉस्पिटल को सहायता के निर्णय के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या ज़िम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

23/06/19

Dr. Ushashay Giri  
MBBS, MS  
Reg. No. - 80578  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
भरोदार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
भरोदार 2