

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                   |                                          | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)                                                              |               | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life</small> |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| APPLICATION No.: K/0119/2833<br>आवेदन संख्या:                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                   | APPLICATION DATE: 25/01/19<br>आवेदन तिथि |                                                                                          |               |                                                                           |  |  |
| NAME of APPLICANT: SUBODH MANDAL<br>आवेदक का नाम                                                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                   | AGE-YEARS मातृ-वर्ष<br>68                |                                                                                          | SEX लिंग<br>M |                                                                                                                                                              |  |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ANANTA MANDAL<br>पिता/पत्नी का नाम                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                   |                                          |                                                                                          |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>MAHER SARBERIA AGARHATI, SANDESHKHALI,<br>NORTH 24 PARGANAS, 743329,<br>WEST BENGAL                |                                                                                              |                                                                                                                   |                                          |                                                                                          |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता<br>AS ABOVE                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                   |                                          |                                                                                          |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| OCCUPATION: UNEMPLOYED<br>व्यवसाय                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                   |                                          | MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                  |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: NIL<br>कुल वार्षिक आय                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                   |                                          | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                       |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| PAN No. जारी खाता संख्या                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                   |                                          |                                                                                          |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो घन्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No 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.                                                                                                                                                 | SUBODH MANDAL                                                                                | 68                                                                                                                | M                                        | SELF                                                                                     |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| 2.                                                                                                                                                 | SUNANDA MANDAL                                                                               | 60                                                                                                                | F                                        | WIFE                                                                                     |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| 3.                                                                                                                                                 | LATA DAS                                                                                     | 36                                                                                                                | F                                        | DAUGHTER                                                                                 |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| 4.                                                                                                                                                 | JHANTU MANDAL                                                                                | 59                                                                                                                | M                                        | SON                                                                                      |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| 5.                                                                                                                                                 | FATIK MANDAL                                                                                 | 31                                                                                                                | M                                        | SON                                                                                      |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| 6.                                                                                                                                                 | ABHJEET MANDAL                                                                               | 29                                                                                                                | M                                        | SON                                                                                      |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| 7.                                                                                                                                                 | RITA MANDAL                                                                                  | 26                                                                                                                | F                                        | DAUGHTER                                                                                 |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए किसी आधार                                                          |                                                                                              |                                                                                                                   |                                          |                                                                                          |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                        |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                          | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |               | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                                 |  |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे करने निम्नी 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 (SICS + IOL)                                                                     |                                                                                                                   |                                          |                                                                                          |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?              |                                                                                              |                                                                                                                   |                                          |                                                                                          |               |                                                                                                                                                              |  |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                             | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                   |                                          | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशी                                  |               |                                                                                                                                                              |  |  |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                   |                                          |                                                                                          |               |                                                                                                                                                              |  |  |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                   |                                          |                                                                                          |               |                                                                                                                                                              |  |  |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                   |                                          |                                                                                          |               |                                                                                                                                                              |  |  |

DECLARATION by APPLICANT: none see note on pg 1

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तब मैं इसे मेरी गारंटी निराधार भी माना जायेगा।
- 2) मैं दृढ़ता से प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि बिना गारंटी के मैं यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस मदद का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो मदद है और वही भीषण में मुझे

AGREEMENT by APPLICANT (other DU WUC)

- 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/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 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 प्रश्न पर अपने इच्छाया या अंग्रेजी की सहायता, मैं (अर्जितकर्ता) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई भी विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोशिका" द्वारा अपने, उनके, कर्मचारियों द्वारा उपयोग में मुझे व्यक्तिगत और वित्तीय मदद के लिए किसी भी प्रकार का निर्णय ले सकते हैं। मैं इस बात से सहमत हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों को मेरे नाम का उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात से सहमत हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों को मेरे नाम का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या ग्राहकों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्जितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों से व्यक्तिगत और वित्तीय मदद के लिए मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके ग्राहकों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके बच्चे के स्वास्थ्य का जल्द से जल्द निदान



AGREEMENT by HOSPITAL (YES/NO DO NOT)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

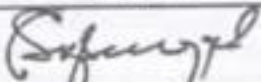
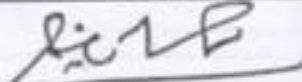
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 अधिक, इसका भी अंत से पहले के ही "अंतर्गत" का अंतर्गत है। जिससे यह (इसका) फिर उभार से अन्य व अंतर्गत का है।

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी साक्षारी संस्था या किसी अन्य एजेंसी से उसका ऐंटीमॉनोपॉली में होने या हो जाने है, बल्कि कि अपने "कोलिका प्राइवेट" से निजीकरण/विनिमय उस को संस्था में "कोलिका प्राइवेट" द्वारा मगर हेतु कि है। यदि "कोलिका प्राइवेट" द्वारा प्रावधान किसी अधिनियम/प्रवधान हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो अवधारणा किसी अन्य भी साक्षारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से प्रावधान होने का अधिप्राप्त सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अवधारणा द्वितीय मगर उसका ऐंटीमॉनोपॉली हेतु किसी भी साक्षारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेने।
2. "कोलिका प्राइवेट" से ही यह अवधारणा संस्था विहित द्रव्य की है। ऐसी या इनप्रवधान द्वारा ही यह संस्था या किने एवं उपसह/प्रक्रिया का सुचारु ऐंटी एवं इनप्रवधान को बीच का विषय है और "कोलिका प्राइवेट" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसविषे इनप्रवधान में ऐंटी को इनप्रवधान सुचारु और जाने जाने की सारी विनियमों ऐंटी एवं इनप्रवधान को होने और "कोलिका" को कोई अधिप्राप्त या विनियमों इस प्रकार में नहीं होने।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सम्यक्भूतौ चो दिव्य संसृति

|                                                                                     |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><b>25/01/19</b>                               | Dr. Anur Aggarwal<br>MBBS, MS, FRCS (P), FICAR<br>Regn. No. 34755<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं. | Dr. Sankar Bagchi<br>Director<br>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद इलाहाबाद अस्पताल अधिकृत अधिकारी |
| FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु                      |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>विश्वजी इलाहाबाद                                          |                                                                                                                                               | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>विश्वजी इलाहाबाद                                                                                                             |
|  |                                                                                                                                               |                                                                   |