

| 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. : <b>K/0119/2840</b>                                           |                                                                                              |                                                  | APPLICATION DATE : <b>25/01/19</b>                      |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| NAME of APPLICANT : <b>URMILA DAS</b>                                          |                                                                                              |                                                  | AGE-YEARS : <b>66</b>                                   | SEX : <b>F</b>                                  |                                                                            |  |
| FATHER/SPOUSE'S NAME : <b>PARAMESWAR DAS</b>                                   |                                                                                              |                                                  |                                                         |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <b>RAHURATANPUR, MADHABNAGAR, SOUTH 29</b>         |                                                                                              |                                                  |                                                         |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <b>AS ABOVE</b>                                  |                                                                                              |                                                  |                                                         |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| OCCUPATION : <b>HOUSE WIFE</b>                                                 |                                                                                              |                                                  | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME : <b>NIL</b>                                               |                                                                                              |                                                  | (Attach Proof of Income)                                |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| PAN No. : <b>XXXXXX XXXX</b>                                                   |                                                                                              |                                                  |                                                         |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <b>Yes / No</b> |                                                                                              |                                                  |                                                         |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| 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.                                                                             | URMILA DAS                                                                                   | 66                                               | F                                                       | SELF                                            |                                                                                                                                                               |  |
| 2.                                                                             | PARAMESWAR DAS                                                                               | 75                                               | M                                                       | HUSBAND                                         |                                                                                                                                                               |  |
| 3.                                                                             | DEEPA DAS                                                                                    | 43                                               | M                                                       | SON                                             |                                                                                                                                                               |  |
| 4.                                                                             | MEENAKSHI DAS                                                                                | 40                                               | F                                                       | DAUGHTER                                        |                                                                                                                                                               |  |
| 5.                                                                             | ARUP DAS                                                                                     | 37                                               | M                                                       | SON                                             |                                                                                                                                                               |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                 |                                                                                              |                                                  |                                                         |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)                                                 |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)     |                                                         | Ration Card<br>(Attach Copy)                    |                                                                                                                                                               |  |
| गरीबी रेषा के नीचे आय पर<br>(आय पर की जाय प्रति होना को)                       |                                                                                              | आय आय वर्ग आय पर<br>(आय पर की जाय प्रति होना को) |                                                         | उपभोग्य कार्ड<br>(आय पर की जाय प्रति होना को)   |                                                                                                                                                               |  |
| Any Other Basis/Proof                                                          |                                                                                              |                                                  |                                                         |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                           |                                                                                              |                                                  |                                                         |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| सहायता हेतु किसे मने 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 - RE                                                                    |                                                  |                                                         |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| 2.                                                                             | SURGERY - RE (SICS + IOL)                                                                    |                                                  |                                                         |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                 |                                                                                              |                                                  |                                                         |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?            |                                                                                              |                                                  |                                                         |                                                 |                                                                                                                                                               |  |
| 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: आवेदक द्वारा घोषणा करें:**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन सत्य साबित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बतलाया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्येक की नहीं हूँ, उस दाता का अधिकार नहीं होगा कि वह सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये और न ही भविष्य में लूँ।

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

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दूर, साधन/माध्यम द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, उसके द्वारा सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सार्वजनिक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता के लिए, जिसकी सीमा तक सहायता प्रदान की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम सहायता प्रदान करने के लिए सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद तथा रोगी/रोगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर प्राप्त और जाने जाने की सही विनियमों रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

25/01/19

Dr. Alok Agrawal

(Name of Dr. &amp; Design. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Sanjay Bagchi  
Director

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2