

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K102912952 APPLICATION DATE : 04/02/19.

NAME of APPLICANT : PRATIMA DAS AGE-YEARS 59 SEX F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KHAGENDRA NATH DALUI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KHARIAT ABAD, SANDESH KHALI - I NORTH, 24 PARGANAS, 743442, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : -AS ABOVE-

OCCUPATION : UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

| Sr. No. | Name of Family Member | Age (Years) | Gender | Relation with Applicant |
|---------|-----------------------|-------------|--------|-------------------------|
| 1       | PRATIMA DAS           | 59          | F      | SELF                    |
| 2       | DEBAPATI DAS          | 64          | M      | HUSBAND                 |
| 3       | SHAMAPODHA DAS        | 36          | M      | SON                     |
| 4       | SHRANTI DAS           | 32          | F      | DAUGHTER                |

| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) |                                           |                           |                       |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| BPL Card (Attach Card Copy)                                    | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | Ration Card (Attach Copy) | Any Other Basis/Proof |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No. | Medical Reports/Prescriptions Attached |
|---------|----------------------------------------|
| 1       | DIAGNOSIS - CATARACT - RE.             |
| 2       | SURGICAL - RE (CICLS + IOL)            |

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

| Sr. No. | NAME of OTHER SOURCE | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE |
|---------|----------------------|--------------------------------------|
|---------|----------------------|--------------------------------------|

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 यथार्थ कहता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ली जा "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उल्लेखित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं यथार्थ कहता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब प्रत्यक्ष की नहीं है, उस लक्ष्य का अतिक्रमण करता हूँ कि अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (जारीक हा कर)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, साधक/या दानों उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को सिधे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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 अधिकतर, इसलिये की ओर से गणतन्त्र/राष्ट्र की "कोशिका फायरब्रेन" से स्थिति सम्पन्न होतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमपास) विन प्रकाश से अन्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वांछन और न ही विपक्ष में वित्तिय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ऐंगी/वायले में लेगी या ले रहे है, जैसे कि इनमे "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/विपत्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपत्ति अतिरिक्त/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अप्रत्यक्ष किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अप्रत्यक्ष द्वितीय चरर उक्त ऐंगी/वायले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेयी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी या सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐंगी पर इम्तलत द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का धुष्य ऐंगी एवं इम्पलत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इम्तलत में ऐंगी के इलाज सुझा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं इम्पलत की होगी और "कोशिका" की कोई भीषिका या जिम्मेदारी इस मायने में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

### स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अंशदान की तारीख<br><b>04.02.2019</b> | <br><b>Dr. Hari Shankar Nag</b><br>1985, MS. (OPHTH)<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और छाप<br>Research Centre | <br><b>Shri Sankar Bagchi</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी<br>Sankar Eye Foundation Research Centre |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

### आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी इस्तफा 1                                           | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी इस्तफा 2                                            |
|  |  |