

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                          |                                                                                              | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)                                         |                                                         | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No. : K/0219/3357                                            |                                                                                              | APPLICATION DATE : 15/2/19                                          |                                                         | <br>Building block of life.                                                          |  |
| NAME of APPLICANT : HARIPADA MANDAL                                      |                                                                                              | AGE-YEARS : 68                                                      | SEX : M                                                 |   |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PHANI BHUSHAN MANDAL                            |                                                                                              |                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 29 PARCANAHS, WEST BENGAL                    |                                                                                              |                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -                               |                                                                                              |                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |
| OCCUPATION : UNEMPLOYED                                                  |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                            |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME : NIL                                                |                                                                                              | (Attach Proof of Income)                                            |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |
| PAN No. : [Blank]                                                        |                                                                                              |                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):           |                                                                                              | Yes / No                                                            |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |
| क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)            |                                                                                              | 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 सम्बंध                                                                                                                          |  |
| 1                                                                        | HARIPADA MANDAL                                                                              | 68                                                                  | M                                                       | SELF                                                                                                                                                                    |  |
| 2                                                                        | CATYABATI MANDAL                                                                             | 60                                                                  | F                                                       | WIFE                                                                                                                                                                    |  |
| 3                                                                        | PRADIP K. MANDAL                                                                             | 37                                                                  | M                                                       | SON                                                                                                                                                                     |  |
| 4                                                                        | DILIP K. MANDAL                                                                              | 34                                                                  | 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 रेश का नोथे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                                                              | अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                         | उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                                                               |  |
|                                                                          |                                                                                              |                                                                     |                                                         | Any Other<br>Basis/Proof                                                                                                                                                |  |
|                                                                          |                                                                                              |                                                                     |                                                         | अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                                                                        |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                     |                                                                                              |                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |
| सहायता हेतु किये गये 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 (YES + NO)                                                                      |                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES           |                                                                                              |                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |
| 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>ली गई सहायता राशि |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                          |                                                                                              |                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                          |                                                                                              |                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                          |                                                                                              |                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                          |                                                                                              |                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                         |  |

**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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पद गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रक्रिया की गई है, उस राशि का आर्थिक या चिकित्सकीय किसी अन्य प्रायोजक/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो 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 fulfilment 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 पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बल्म, पत्र, चाबक/च दूरले उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों या चर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" 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 प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्म उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रायोजक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षा और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भुवि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

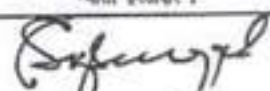
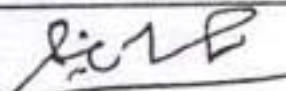
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br>15/2/19 | <br><b>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</b><br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.<br>Dr. Hari Shanker N...<br>MS. (OPHTH)<br>65656 | <br><b>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</b><br>हस्पताल पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 1<br> | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 2<br> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|