

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                              | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                  |                |                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                                             |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                  |                |                                                                                           |
| APPLICATION No. : K/0710/0667<br>आवेदन संख्या :                                                                                       |                                                                                              | APPLICATION DATE : 17/19<br>आवेदन तिथि                                                                              |                |                                                                                           |
| NAME of APPLICANT : SHYAM SINGH<br>आवेदक का नाम                                                                                       |                                                                                              | AGE-YEARS 63<br>वयस वर्ष                                                                                            | SEX M<br>लिंग  |                                                                                           |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GOPINATH SINGH<br>पिता/हस्ताक्षर का नाम                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 121, RAM CHAND GHOSH LANE, BEARON STREET, BOURGALLA, KOLKATA - 700006, WEST BENGAL.<br>वर्तमान आवासीय पता |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -<br>स्थायी आवासीय पता                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| OCCUPATION : UNEMPLOYED<br>व्यवसाय                                                                                                    |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                            |                |                                                                                           |
| TOTAL ANNUAL INCOME : Rs 19000 x 12 = 228000/-<br>कुल वार्षिक आय                                                                      |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का सत्य प्रमाण)                                                                     |                |                                                                                           |
| PAN No. : [Blank]<br>आयदाता संख्या                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ):      |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| Yes / No<br>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                                                                                                                                     | SHYAM SINGH                                                                                  | 63                                                                                                                  | M              | SELF                                                                                      |
| 2                                                                                                                                     | SUSHILA SINGH                                                                                | 57                                                                                                                  | F              | WIFE                                                                                      |
| 3                                                                                                                                     | MANU SINGH                                                                                   | 23                                                                                                                  | M              | SON                                                                                       |
| 4                                                                                                                                     | SOMU SINGH                                                                                   | 29                                                                                                                  | M              | SON                                                                                       |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधि आधार                                            |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                            |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई सत्य                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती 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 (STCS + 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>ली गई सहायता राशी                                                             |                |                                                                                           |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 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 निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिये ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता दिया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पत्र प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस उद्देश्य का अधिकतम प्रयास किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

**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 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, वाचक/पत्रिकाओं से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं पूर्णतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स त्रस्टियों 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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से उपरोक्त 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 सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीन में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त रोगी के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार/सकल हेतु वापस नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पत्र उक्त रोगी/रोगीन हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोषा वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह 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। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**Dr. Nalinakshi K. **हस्ताक्षर के लिए संस्तुति**

MBBS, DO, DNB

Reg. No.-63728

E-1, Koshika Centre

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. Nalinakshi K. **हस्ताक्षर के लिए संस्तुति**

Director

Sutrut Eye Foundation &amp; Research Centre

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

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** **आन्तरिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2