

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                    |                          | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                  |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|----------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|---|------|---|---------------|----|---|-----|---|---------------|----|---|-----|---|-----------------|----|---|----------|
| <b>APPLICATION No. :</b> K/079/0831<br><b>APPLICATION DATE :</b> 10/07/19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                    |                          |  |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| <b>NAME of APPLICANT :</b> GIOLAPI MONDAL<br><b>AGE-YEARS</b> 59 <b>SEX</b> F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                        |                                    |                          |  |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| <b>FATHER'S/SPOUSE'S NAME :</b> BEJAY MONDAL<br><b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS :</b> BHAVILEA PARA, KUMIRMART, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |                                    |                          |                                                                                     |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :</b> AS ABOVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                        |                                    |                          |                                                                                     |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| <b>OCCUPATION :</b> HOME MAKER <b>MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                        |                                    |                          |                                                                                     |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| <b>TOTAL ANNUAL INCOME :</b> Rs 2000 x 12 = 24000/- <b>(Attach Proof of Income)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                                    |                          | <b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):</b> Yes / No      |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| <b>FAMILY DETAILS</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>Age (Years)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>GIOLAPI MONDAL</td> <td>59</td> <td>F</td> <td>SELF</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>PAKESH MONDAL</td> <td>26</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>SWAPAN MONDAL</td> <td>23</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>GAYABATI MONDAL</td> <td>29</td> <td>F</td> <td>DAUGHTER</td> </tr> </tbody> </table> |                                        |                                    |                          |                                                                                     |  | Sr. No.  | Name of Family Member                  | Age (Years)                        | Gender                    | Relation with Applicant  | 1                           | GIOLAPI MONDAL           | 59                       | F | SELF | 2 | PAKESH MONDAL | 26 | M | SON | 3 | SWAPAN MONDAL | 23 | M | SON | 4 | GAYABATI MONDAL | 29 | F | DAUGHTER |
| Sr. No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Name of Family Member                  | Age (Years)                        | Gender                   | Relation with Applicant                                                             |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | GIOLAPI MONDAL                         | 59                                 | F                        | SELF                                                                                |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PAKESH MONDAL                          | 26                                 | M                        | SON                                                                                 |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SWAPAN MONDAL                          | 23                                 | M                        | SON                                                                                 |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | GAYABATI MONDAL                        | 29                                 | F                        | DAUGHTER                                                                            |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| <b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>BPL Card</th> <th>EW's Certificate</th> <th>Ration Card</th> <th>Any Other Basis/Proof</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                 |                                        |                                    |                          |                                                                                     |  | BPL Card | EW's Certificate                       | Ration Card                        | Any Other Basis/Proof     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| BPL Card                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | EW's Certificate                       | Ration Card                        | Any Other Basis/Proof    |                                                                                     |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| <b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>SURGERY - LE (SICS F.I.O.L)</td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                    |                          |                                                                                     |  | Sr. No.  | Medical Reports/Prescriptions Attached | 1                                  | DIAGNOSIS - CATARACT - LE | 2                        | SURGERY - LE (SICS F.I.O.L) |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| Sr. No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Medical Reports/Prescriptions Attached |                                    |                          |                                                                                     |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIAGNOSIS - CATARACT - LE              |                                    |                          |                                                                                     |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SURGERY - LE (SICS F.I.O.L)            |                                    |                          |                                                                                     |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| <b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>NAME of OTHER SOURCE</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |                                    |                          |                                                                                     |  | Sr. No.  | NAME of OTHER SOURCE                   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
| Sr. No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NAME of OTHER SOURCE                   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED |                          |                                                                                     |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                    |                          |                                                                                     |  |          |                                        |                                    |                           |                          |                             |                          |                          |   |      |   |               |    |   |     |   |               |    |   |     |   |                 |    |   |          |

**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 प्रकरण 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 दान "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भंग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दान का आर्थिक या भौतिक हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

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 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 पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, संप्रदाय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार 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 अंगूठे का निशान

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

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/ऐसी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण 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/रोगीयों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आर्थिक/भ्रष्टाचार हेतु मन्कुर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा भरण उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Shib Sankar Bagchi

Director  
Busrut Eye Foundation & Research Centre

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

10/04/19

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2