(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION No.: APPLICATION DATE: K/0410/0954 Building block of life आयेदन तिथी आवेदन शंख्या : AGE-YEARS REG-RE SEX fein NAME of APPLICANT : MILI SANTARA 45 अरावेटक का नाम FATHER'S SPOUSE'S NAME : SONTOSH MARIK पिळ/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS WHITH SHIRTH VE FUTTGIODA SOUTH 24 PARC WEST BENGAL SKIRAMPUR 743337, C PARGANA PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासीय पत AS ABOVE -OCCUPATION: MARRIED (PHIRE) / UNMARRIED (MINIST) HOUSE WIFE ख्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: 2200 x 12= 26400/ (Attach Proof of Income) RS बुल वार्षिक आप (आय का साक्य संसम्न) PAN No. THIS EDIES HEAT ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सड़ी का निरहान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विकाण Name of Family Member Age (Years) Relation with Applicant Sr. No. उप्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध सिंग क्रम संक्ष्य परिवार के सदस्यों का नाम MILI SANTARA 45 5 BAUGHTER m SANTARA SOMA BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ट गरीबी रेक्षा के चीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसाप को। (प्रयाग पत्र को छावा प्रति संलग्न करे। (प्रयाग पत्र की साथा प्रति शंतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये जिनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न क्रम संख्य 1. DEAGNOSES - CATARACT-2+SURGERY + LE / SICS + 10L ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस टर्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. सी गई सहायक राशी क्रम संख्य अन्य प्रवेश का नाम

DECLARATION by APPLICANT: HOREK ER WITH VIL:

- 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.
- i solemnly confirm that essistance, 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employen/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा कात हैं कि इस प्रक्रण में एंदे गये सची विवाल मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सबी है। यदि कोई विवास एवं कपन असाम पाय कात है से मेरी सहायत स्थित की का सकती है।
- 2) भी द्वार को सहस्तक राति "कोतिका फाउन्देशन", से ली क रही है, उसका उपयोग उसी उरेरव की चूर्क के लिये किया आयेगा, जो इस प्राक्त में परा गया है।
- में पुष्ट करत हैं कि किए सहस्या हेतु यह प्रयोग की गई है, उस ग्रांश का आंशक मा अकत दिल्ला किसी अस्य आंशिंग्सीयक भीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही पविष्य में त्रींगः।

AGREEMENT by APPLICANT (SORTE DO WOT)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपट पर अपने इस्ताधर या अंगते की ताप लगाकर, में (अवदेशक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हैं एवं "कॉलिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेंग चान, पता, फोटी और जो तिवादण इस प्रपत में पॉपित है, उसे "कोतिका" एसम् न्यासी, दान, वायकाण दूसरे उप्देश्य से चुड़ी गतिविधियों और उपसन्तियों के लिये किसी भी प्रसार नाव्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत का विशरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अवदेदक) इस बात से शहयत हैं कि ऐंग पान, पता, फोटों और दिकाण जो कि सहायत के उद्देश्यों से आर्थित है पुत्री स्वत: सहायत का हकदार नहीं बचता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके म्यासियों का निर्देश अंतिन और नाम्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : उटलेट्स के इस्तावा या लंगूने कर निवान



AGREEMENT by HOSPITAL (SHIER DE WOL)

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

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the beatment/procedure advised/conducted by the Hospital of 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, हरताक्ष्मी को और से मामारेणोंने को "कोशिका जाउन्होंना" से पिठिय सहायक हेतू मिफारित की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न से पर्यस्त और न हो परिचय में पिठिय सहायक किसी नैर सरकारी संस्थान पा किसी आग स्वीत से उच्छा सेनी/प्रायकों में लीने पा ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्होंगा" से सिकारित प्रकार किसी आग के सामार के से सम्मान किसी आग में सामार के से सम्मान के से सम्मान के सामार के से सम्मान में सामार के से सम्मान के सामार के सामार के से सामार के से सामार के से सम्मान के सामार के से सामार के सामार के सामार के से सामार के सामार के सामार के सामार के से सामार के सामार के सामार के सामार के से सामार के सामार का सामार के सामार के सामार के सामार के सामार के सामार का सा

2. "कोशिका फाउन्टेशन" में तो मां सहापता क्षेत्रल विशिध प्रकृति की है। ऐमी पर इस्पताल द्वार ची मां सालह चा किये गये उपकारप्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं इस्पताल के बीच या विश्वय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किया प्रकार का कोई दबाव गड़ी है। इस्तिये इस्पताल में ऐमी के इत्यव मुख्या और आने जाने की वारी विम्मेदारी ऐसी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पूर्वका या विम्मेदारी इस यामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED	D FOR ACCEPTENCE शिष् संस्तुति
Date of Surgery अंगोसन की वरीख 19(67/19)	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) হাৰুৱে কা বাদ ব ভংৱাছা ব তবি ব	Susrut Eye 4 Conductor & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) অন ব যহ চুম্বাল ক্রম্মিক্র ক্রম্মিক্ট
	FOR INTERNAL USE of KOSHIK	CA FOUNDATION जान्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तावर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी काराबार 2
(5	spengel	lit
Ca	0 .//	7000