

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                          |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                 |                                                         | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br>Building block of life. |  |             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|--|
| APPLICATION No.:<br>आवेदन संख्या: K10019/1519                                                                                            |                                                                                              | APPLICATION DATE:<br>आवेदन तिथि: 6/7/19                                                                            |                                                         |                                                             |  |             |  |
| NAME of APPLICANT:<br>आवेदक का नाम: RINA DEBAMANDAL                                                                                      |                                                                                              | AGE-YEARS अनु-वर्ष: 49                                                                                             |                                                         |                                                                                                                                                |  | SEX लिंग: F |  |
| FATHER/SPOUSE'S NAME:<br>पिता/कटुम्ब का नाम: DEBASHISH DEBMANDAL                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                                                |  |             |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:<br>13 NO CANDELERABEL, DAKSHIN DAKA, HENLAGANGA,<br>NORTH 24 PARAGANAS 743335, WEST BENGAL |                                                                                              |                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                                                |  |             |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता:<br>- AS ABOVE -                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                                                |  |             |  |
| OCCUPATION: HOUSEWIFE                                                                                                                    |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                |  |             |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME:<br>कुल वार्षिक आय: RS 1900 X 12 = 22800                                                                             |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                                 |                                                         |                                                                                                                                                |  |             |  |
| PAN No. स्थायी छात्रा 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 लगावे):         |                                                                                              | Yes / No<br>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 सम्बन्ध                                                                                                |  |             |  |
| 1                                                                                                                                        | RINA DEBAMANDAL                                                                              | 49                                                                                                                 | F                                                       | SELF                                                                                                                                           |  |             |  |
| 2                                                                                                                                        | DEBASHISH DEBMANDAL                                                                          | 52                                                                                                                 | M                                                       | HUSBAND                                                                                                                                        |  |             |  |
| 3                                                                                                                                        | INDEBASIS DEBMANDAL                                                                          | 24                                                                                                                 | M                                                       | SON                                                                                                                                            |  |             |  |
| 4                                                                                                                                        | RITIKA DEBMANDAL                                                                             | 26                                                                                                                 | F                                                       | DAUGHTER                                                                                                                                       |  |             |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधि आधार                                               |                                                                                              |                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                                                |  |             |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)                                |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें) |                                                         | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)                                                      |  |             |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                                                |  |             |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विधि 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 लिये गया हो?    |                                                                                              |                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                                                |  |             |  |
| 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा पाया जाता है जो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मंजूर किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु यह प्रमाण नहीं है, उस राशि का व्यय किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, दूरदर्शन द्वारा प्रसारण से मुझे प्रसारित करने और उपस्थिति के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण मेरे प्रकरण के फोटो या पता से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोसे 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 करण)**

- 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 सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा हस्पताल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी तरह सहायता प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उभार लेने वाले में से नहीं हो रहे हैं, यदि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लक्ष्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंजूर नहीं किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय पर हमारा हस्तक्षेप है कि सहायता वित्तीय पर हमारा हस्तक्षेप है कि सहायता वित्तीय पर हमारा हस्तक्षेप है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा उपचार 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 शुरू और करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

**Sbibi Sankar Bagchi**  
Director

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

Reg. No. - 60858

Susrut Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

6/9/19

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

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

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
न्याता हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
न्याता हस्ताक्षर 2

*[Signature]*

*[Signature]*