

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)<br>सहायता हेतु आवेदन फार्म                                                              |                                                                                                                | Koshika<br>Foundation<br>Building block of life                                                                |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| APPLICATION No.<br>आवेदन संख्या                                                                                                         | K/0225/1922                                                                                                    | APPLICATION DATE<br>आवेदन तिथि                                                                                 | 13/2/25                                     |
| NAME of APPLICANT<br>आवेदक का नाम                                                                                                       | KARTICK BOSE                                                                                                   | AGE-YEARS (यु. ऑ.)                                                                                             | 59                                          |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                | SEX (लिंग)                                                                                                     | M                                           |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME<br>पिता/सहोदर का नाम                                                                                             | SUDHANSHU BOSE                                                                                                 |                                                                                                                |                                             |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास)<br>66/2 ASHOKENAGAR KALYANABARH<br>NORTH 24 PARAGANAS 743222<br>WEST BENGAL                   |                                                                                                                |                                                                                                                |                                             |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास)<br>AS ABOVE                                                                                  |                                                                                                                |                                                                                                                |                                             |
| OCCUPATION<br>व्यवसाय                                                                                                                   | FISH SELLER                                                                                                    | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                       |                                             |
| TOTAL ANNUAL INCOME<br>कुल वार्षिक आय                                                                                                   | 5000 X 12 = 60000                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>आय का प्रमाण प्रस्तुत करें                                                         |                                             |
| PAN No. (आवश्यक नहीं)                                                                                                                   |                                                                                                                |                                                                                                                |                                             |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)<br>आप आय-करदाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)                 |                                                                                                                |                                                                                                                |                                             |
| FAMILY DETAILS (परिवार का विवरण)                                                                                                        |                                                                                                                |                                                                                                                |                                             |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                  | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम                                                                | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                     | Gender<br>लिंग                              |
| 1.                                                                                                                                      | KARTICK BOSE                                                                                                   | 59                                                                                                             | M                                           |
| 2.                                                                                                                                      | DEVI BOSE                                                                                                      | 57                                                                                                             | F                                           |
| 3.                                                                                                                                      | MAITRI BOSE                                                                                                    | 28                                                                                                             | F                                           |
| 4.                                                                                                                                      | SAMIR BOSE                                                                                                     | 25                                                                                                             | M                                           |
| Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध<br>SELF<br>WIFE<br>DAUGHTER<br>SON                                                      |                                                                                                                |                                                                                                                |                                             |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए विनियम आधार                                             |                                                                                                                |                                                                                                                |                                             |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबों का नाम के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)                           | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Disaster Card<br>(Attach Card Copy)<br>प्राकृतिक आपदा का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE<br>सहायता हेतु निम्न निम्नलिखित का उद्देश्य:                                                        |                                                                                                                |                                                                                                                |                                             |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                  | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अवस्थापन/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी प्रतिलिपि संलग्न                    |                                                                                                                |                                             |
| 1.                                                                                                                                      | DIAGNOSIS — CATARACT — LE                                                                                      |                                                                                                                |                                             |
| 2.                                                                                                                                      | SURGERY — LE (SICS + IOL)                                                                                      |                                                                                                                |                                             |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किससे प्राप्त होगी या किया गया है? |                                                                                                                |                                                                                                                |                                             |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                  | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य सहायता का नाम                                                                     | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कितनी राशि सहायता मिली                                                   |                                             |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                |                                                                                                                |                                             |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                |                                                                                                                |                                             |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                |                                                                                                                |                                             |

## DECLARATION BY APPLICANT: SPACE OF 1100 TO 1110

1. I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render the application & ongoing assistance, if any, liable for immediate cancellation.
2. I solemnly confirm that assistance, if requested from Nandini Foundation, will be repaid only by the person as stated in this Form, for which such assistance is 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 financial employer/insurer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
4. मैं यथावत बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही वास्तविक हैं। किसी भी गलत बयान से प्रस्तावित सहायता अथवा यदि मैं या मैंने प्राप्त की सहायता का उपयोग किया तो उसे रद्द कर दिया जा सकता है।
5. मैं यथावत बता रहा हूँ कि मैं या मैंने प्राप्त की सहायता के लिए किसी भी अन्य व्यक्ति या संगठन से कोई भी भुगतान या प्रतिपूर्ति नहीं कर चुका हूँ।
6. मैं यथावत बता रहा हूँ कि मैं या मैंने प्राप्त की सहायता के लिए किसी भी अन्य व्यक्ति या संगठन से कोई भी भुगतान या प्रतिपूर्ति नहीं कर चुका हूँ।

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Kashiya Foundation and its Trustees to publish/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 Kashiya Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kashiya Foundation before or after my treatment or attainment of the 'purpose' for which assistance is being requested.
- 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 automatically make me responsible for receiving or continuing the said assistance. The decision to accept or reject contributing the assistance will rest solely with the Trustees of Kashiya Foundation, and their decision in this regard will be final and unchallengeable.
- हम इस पर स्वीकार करते हैं कि हमारा नाम, पता, तस्वीर और 'उद्देश्य' के लिए जिस सहायता की मांग की जा रही है उसे प्रकाशित करने या पुनः प्रसारित करने में कशीया फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकार होगा। हमारे नाम, पता, तस्वीर और 'उद्देश्य' के लिए जिस सहायता की मांग की जा रही है उसे प्रकाशित करने या पुनः प्रसारित करने से हमें उत्तरदायी बनाने का मतलब है कि हमें उस सहायता को प्राप्त करने के लिए जिम्मेदार होना होगा। कशीया फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों द्वारा दी गई सहायता को प्राप्त करने या पुनः प्रसारित करने का फैसला केवल कशीया फाउंडेशन और उनके ट्रस्टियों के पास ही रहेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

४. शेषक का हस्ताक्षर का अंगुष्ठ का निशान

12/20/2019

AGREEMENT by HOSPITAL: / 1999-08-07

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/s to the Hospital, we hereby affirm & accept following:
1. That we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another hospital or any other source, for the same patient/cases, as we are requesting to get from Karmika Foundation. In the event that such assistance is granted by Karmika Foundation, if the requested assistance is not granted by Karmika 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 assistance essentially means that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/cases from any other NGO or any other source.
  2. That assistance from Karmika Foundation is only financial in nature. The success of the surgical intervention is/are guaranteed by the Hospital on the patient, subject to the arrangement between the patient & the Hospital, and in no way, guaranteed by Karmika Foundation. Hence, the Hospital will assume full & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Karmika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
  3. यदि उपर्युक्त, इत्यादी की को से मसलत/रती को "कोशिका आन्दोलन" में विशिष्ट सहायता हेतु सिफारिश की गयी है, जिससे कि उपर्युक्त रोग/रवत में लाभ व शोभा-वर्द्धन है।
  4. यह कि वह रोग/रवत और वही रोग/रवत में विशिष्ट सहायता किसी के सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त सहायता से ही प्राप्त हो रही है। यदि कि नहीं "कोशिका आन्दोलन" में सिफारिश/सिफारिश इस के साथ-साथ "कोशिका आन्दोलन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका आन्दोलन" द्वारा सहायता किसी विशिष्ट सहायता हेतु प्रत्येक को दिए गए हैं तो उपर्युक्त (यदि) अन्य के सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत/स्रोत से सहायता लेने का साधन/साधन सुरक्षित रहता है। इस पूर्व में नहीं कहा गया है कि उपर्युक्त (यदि) सहायता सहायता ही प्राप्त हेतु किसी के सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत/स्रोत से ही प्राप्त होगी।
  5. "कोशिका आन्दोलन" में लेनी गई सहायता सहायता विशिष्ट प्रकृति की है। यदि यह सहायता द्वारा ही वह सहायता या सहायता से सहायता/सहायता को प्राप्त होगी या उपर्युक्त
  6. यदि वह रोग/रवत है और "कोशिका आन्दोलन" द्वारा किसी सहायता का कोई प्रस्ताव नहीं है। उपर्युक्त सहायता में यदि कोई सहायता सहायता और अन्य स्रोत से ही प्राप्त/प्राप्त होगी यह उपर्युक्त की सहायता की "कोशिका" को कोई प्रस्ताव या सिफारिश/सिफारिश सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्थानीयता को लिए समर्थन

Date of Surgery  
 गति- १० अंश

13 | 02 | 25

D: Shishir Das  
Director

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp

अंक १० रा. व. विभाग व. वि. वि. =

FOR INTERNAL USE OF NIOSH

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

श्री १७ एम्पल ऑफ द गवर्नर

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2019.05.20.256401>; this version posted May 20, 2019. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license.

SIGNATURE of TRUSTEE 1

गुण्यो ह्यन्ताः

Sefernyak

SIGNATURE of TRUSTEE \_\_\_\_\_

474 第 2 章

222