

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                    |                                                                                              | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                  |                                                         |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                                                          |                                                                                              | (Healthcare)                                                                                                        |                                                         |                                                                                           |
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : 2/075/0895                                                                                                     |                                                                                              | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि 09/07/25                                                                           |                                                         |                                                                                           |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम JHARNA DEY                                                                                                     |                                                                                              | AGE-YEARS :<br>उम्र वर्ष 62                                                                                         | SEX :<br>लिंग F                                         |                                                                                           |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/सहोदर का नाम PRIMA NANDA DEY                                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS :<br>वर्तमान आवासीय पता 38/H/11 SATIN SEN SARANI KANKURAMHATI KOLKATA 700054, WEST BENGAL.                               |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :<br>स्थायी आवासीय पता AS ABOVE                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय COOK                                                                                                                       |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                            |                                                         |                                                                                           |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय 2000 x 12 = 24,000/-                                                                                       |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का सक्षय संलग्न)                                                                    |                                                         |                                                                                           |
| PAN No. :<br>संलग्न खाता 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 लगाएं) Yes / No हा / 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                                                                                                                                                  | JHARNA DEY                                                                                   | 62                                                                                                                  | F                                                       | SELF                                                                                      |
| 2                                                                                                                                                  | ALOKAN DEY                                                                                   | 40                                                                                                                  | F                                                       | DAUGHTER                                                                                  |
| 3                                                                                                                                                  | DIPALI DEY                                                                                   | 38                                                                                                                  | F                                                       | DAUGHTER                                                                                  |
| 4                                                                                                                                                  | RIMA GHOSH                                                                                   | 25                                                                                                                  | F                                                       | DAUGHTER                                                                                  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधिति आधार                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे 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 साक्ष्य                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| "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 (R)                                                                     |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| 2                                                                                                                                                  | SURGERY:- RE (EXTRACTION)                                                                    |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?              |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                             | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                     | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लौ गई सहायता राशी |                                                                                           |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |



**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक 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 प्रत्येक 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) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का सौंपा या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा करार)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनादि दूसरे उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरी इलाज के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

अर्शेदक

**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 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 और से भारती-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/रोगी के लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और प्रकार की योजना या किसी अन्य कारण से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोष वित्तिय 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। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और करने करने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धुनिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संमति

|                                                |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>22/01/25 | M.B.B.S.M.S<br>Gold Medalist<br>Reg no. 71835<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | Optom Avhijit Das<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>Senior Physiotherapist<br>Sankare Jyoti<br>(Name of Hospital)<br>हमारे हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                          |                                                               |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1<br>Safaryal | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2<br>Sankare Jyoti |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|