

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                      |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>APPLICATION No. :</b> K/1124/1331<br><b>आवेदन संख्या :</b>                                                                                       |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                | <b>APPLICATION DATE :</b> 24/11/24<br><b>आवेदन तिथि</b>                                                 |                      |
| <b>NAME of APPLICANT :</b> SHILA DAS<br><b>आवेदक का नाम</b>                                                                                         |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                | <b>AGE-YEARS अनु-वर्ष</b><br>60                                                                         | <b>SEX लिंग</b><br>F |
| <b>FATHER'S/SPOUSE'S NAME :</b> GOSTHA BIAHRE DAS<br><b>पिता/कटुम्ब का नाम</b>                                                                      |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
| <b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS</b> वर्तमान आवास पता<br>CHOURACHAR, BIRAM NAGAR, NORTH 24<br>PARANAS, JALPAIGURI, WEST BENGAL                          |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :</b> स्थायी आवास पता<br>— AS ABOVE —                                                                                |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
| <b>OCCUPATION :</b> HOUSE WIFE<br><b>व्यवसाय</b>                                                                                                    |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                | <b>MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)</b><br>MARRIED                                              |                      |
| <b>TOTAL ANNUAL INCOME :</b> 1500 x 12 = 18,000/-<br><b>कुल वार्षिक आय</b>                                                                          |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                | <b>(Attach Proof of Income)</b><br><b>(आय का साक्ष्य संलग्न)</b>                                        |                      |
| <b>PAN No. स्थायी आयकर संख्या</b>                                                                                                                   |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
| <b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):</b><br>क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)             |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
| <b>FAMILY DETAILS परिवार विवरण</b>                                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
| 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 से संबंध                                                               |                      |
| 1.                                                                                                                                                  | SHILA DAS                                                                                                  | 60                                                                                                                                | F              | SELF                                                                                                    |                      |
| 2.                                                                                                                                                  | SUSAMA DAS                                                                                                 | 31                                                                                                                                | F              | DAUGHTER                                                                                                |                      |
| 3.                                                                                                                                                  | TAPAS DAS                                                                                                  | 28                                                                                                                                | M              | SON                                                                                                     |                      |
| <b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</b><br><b>सहायता के लिये विधि आधार</b>                                            |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
| <b>BPL Card</b><br><b>(Attach Card Copy)</b><br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                           |                                                                                                            | <b>EWS Certificate</b><br><b>(Attach Certificate Copy)</b><br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                | <b>Ration Card</b><br><b>(Attach Copy)</b><br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                      |
| <b>Any Other Basis/Proof</b><br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                    |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
| <b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b><br><b>सहायता हेतु किसे करने विनती का उद्देश्य:</b>                                                      |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                              | <b>Medical Reports/Prescriptions Attached</b><br><b>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न</b> |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
| 1.                                                                                                                                                  | DIAGNOSIS — CATARACT — LE                                                                                  |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
| 2.                                                                                                                                                  | SURGERY — LE (SIOS + IOL)                                                                                  |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
| <b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b><br><b>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?</b> |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                              | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                  | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लेई गई सहायता राशि                                                                          |                |                                                                                                         |                      |
|                                                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
|                                                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |
|                                                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                   |                |                                                                                                         |                      |



**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 मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा चयन गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवैध या अन्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

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 को चपकाने पर, मैं (आवेदक) अवैध सहायता को प्राप्त करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बु न्यासी, दान, वाचनालय द्वारा वित्तीय से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या कर में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बु उसके न्यासी 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 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 को और से सम्बंधित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, निम्न हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से गारंटी व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने के लिये या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरा है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होने के लिये किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव सुरक्षा और जाने जाने की सही निर्णय रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पूर्णिक या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. Shiva [Signature] के लिये संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

Director

M.B.B.S., M.S. (Gen. Med.)

Reg. No. 71035 WBMC

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature of Trustee 1]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature of Trustee 2]