

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                              | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)                                                                                       |                | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                        |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                                                                   |                                                                                              | K/0917/0833                                                                                                       |                | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि : 04.09.17                                               |               |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम :                                                                                                 |                                                                                              | SRIMATI BARAI                                                                                                     |                | AGE-YEARS<br>वर्ष-वर्ष :                                                                  | SEX<br>लिंग : |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                | 65                                                                                        | F             |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/पति का नाम :                                                                                         |                                                                                              | ARJUN BARAI                                                                                                       |                |                                                                                           |               |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS :<br>वर्तमान आवासीय पता :                                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| DESHBANDHU PALLY (KULNATA),<br>NALHATI, NORTH 24 PARGANAS,<br>WEST BENGAL                                                             |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :<br>स्थायी आवासीय पता :                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| AS ABOVE                                                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय : HOUSE WIFE                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय :                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                   |                | NIL                                                                                       |               |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                        |               |
| PAN No. :<br>पैन संख्या :                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)     |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| Yes / No<br>हां / नहीं                                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| FAMILY DETAILS :<br>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.                                                                                                                                    | SRIMATI BARAI                                                                                | 65                                                                                                                | F              | SELF                                                                                      |               |
| 2.                                                                                                                                    | SUNIL BARAI                                                                                  | 40                                                                                                                | M              | SON                                                                                       |               |
| 3.                                                                                                                                    | SUSMA BARAI                                                                                  | 32                                                                                                                | F              | DAUGHTER                                                                                  |               |
| 4.                                                                                                                                    | SHRASWATI BARAI                                                                              | 34                                                                                                                | F              | DAUGHTER                                                                                  |               |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विवरी आधार                                           |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश का नौवे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                            |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय 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 किसे गये विवरी का उद्देश्य:                                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| 1.                                                                                                                                    | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                    |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| 2.                                                                                                                                    | SURGERY - RE (SICS + IOL)                                                                    |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| 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>करी गई सहायता राशी                                  |               |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |

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, 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 यकीन करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने प्रयत्न पाया जाये तो उसे सही मानकर निरास भी न हो सकती है।

2) मैं इससे जो सहायता पति "कीटिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पता पाया है।

3) मैं यकीन करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं आगेवाले की नहीं हूँ, उस पति का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य प्रोवेंडोर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ली लिया है और न ही अतिरिक्त में लीगा।

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 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 द्वारा या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शियक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिना इस द्वारा में शर्त है, उसे "कोशिका" द्वारा जहाँ, घर, सम्मानन द्वारा उत्तरदायक से मुझे पीछेपीछे और अवसरों में लिखें किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत है। वे इस का बिना मेरे द्वारा के पता या घर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों अधिकृत है।

2) मैं (अर्शियक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बिना के बिना अवसरों से प्रशंसित है मुझे नहीं; अवसर का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

आवेदक की इच्छा या अंग्रेजी का विचार

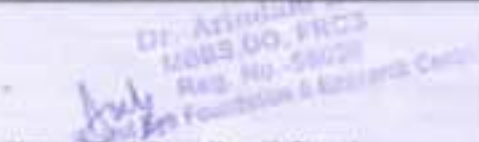
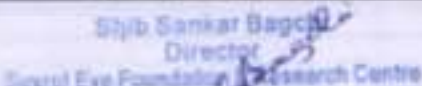
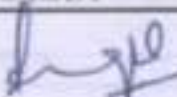
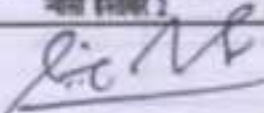


By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 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.

इसके अतिरिक्त, हमारी ओर से और से प्राप्त/लेने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्त साहाय्य हेतु निम्नलिखित भी जारी है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि प जो अंग्रेज और प ही अंग्रेज से वित्त साहाय्य किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने से लेने या ले रहे हैं, वेही कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निम्नलिखित/वित्त प्रदाता से मान्य व "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा साहाय्य किसी अतिरिक्त/सहाय्य हेतु मन्तु नहीं कि यह है से अस्पताल किसी अन्य भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहाय्य से साहाय्य लेने या अतिरिक्त/सहाय्य प्राप्त है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले/प्राप्त/लेते।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने या साहाय्य संस्था वित्त प्रदाता को है। लेने या अस्पताल द्वारा ही या साहाय्य या किने गने अस्पताल/अंग्रेज का मुख्य रोगी एवं अस्पताल से रोग का निवारण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए अस्पताल में लेने से अस्पताल द्वारा और जाने जाने को सही निम्नलिखित लेने एवं अस्पताल को लेने और "कोशिका" को कोई अंग्रेज या निम्नलिखित प्रदाता से नहीं लेते।

|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)</b><br><b>संस्तुति (अधीकृत/निस्त का निशान लगावे)</b> |                                                                                                                                                                       | <b>ACCEPTANCE</b><br><b>सन्तु</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                           | <b>REJECTION</b><br><b>नसन्तु</b>                                                     |  |
| <b>Date of Surgery</b><br><b>अधीकरण की तारीख</b><br><br>04.09.18                                                     | <br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br><b>डाक्टर का नाम व इलाका व डी. नं.</b> |                                                                                     | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br><b>नाम व पद इलाका अधिभूत अधिभारी</b> |                                                                                       |  |
| <b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तरीक उपयोग हेतु</b>                                                |                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                       |  |
| <b>SANCTIONED</b><br><b>सन्तु</b>                                                                                    | <b>REJECTED</b><br><b>नसन्तु</b>                                                                                                                                      | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br><b>न्यायी इलाका 1</b>                              |                                                                                                                                                                                                           | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br><b>न्यायी इलाका 2</b>                                |  |
|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                           |  |  |