

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)                                                                        |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                |                | <br>Koshika<br>Foundation<br>Building Block of Life |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                                                                   |                                                                                              | K/1017/1069                                                                                                       |                | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि : 10.10.17                                                                                           |          |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम                                                                                                   |                                                                                              | LAOSAD GAJI                                                                                                       |                | AGE-YEARS जन्म-वर्ष                                                                                                                   | SEX लिंग |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                | 67                                                                                                                                    | M        |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/सहोदर का नाम                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                       |          |
| MANIK GAJI                                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                       |          |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                       |          |
| PART NO. 205, KUMARTOLA NORTH 24<br>PARGANAS, WEST BENGAL                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                       |          |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                       |          |
| AS ABOVE                                                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                       |          |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                       |          |
| UN EMPLOYEE                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                       |          |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय                                                                                               |                                                                                              | NIL (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                            |                |                                                                                                                                       |          |
| PAN No. स्थायी खाता संख्या                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                       |          |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)     |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                       |          |
| 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.                                                                                                                                    | LAOSAD GAJI                                                                                  | 67                                                                                                                | M              | SELF                                                                                                                                  |          |
| 2.                                                                                                                                    | SAIDA BIBI                                                                                   | 60                                                                                                                | F              | WIFE                                                                                                                                  |          |
| 3.                                                                                                                                    | LIYAKAT GAJI                                                                                 | 37                                                                                                                | M              | SON                                                                                                                                   |          |
| 4.                                                                                                                                    | RIYAJUL GAJI                                                                                 | 33                                                                                                                | M              | SON                                                                                                                                   |          |
| 5.                                                                                                                                    | RAMICHA BIBI                                                                                 | 29                                                                                                                | 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 के नीचे 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 किये 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-LE                                                                       |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                       |          |
| 2.                                                                                                                                    | SURGERY- LE (SICR + 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>सी गई सहायता राशी                                                                               |          |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                       |          |

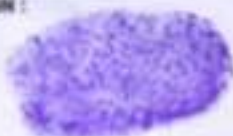
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण उपलब्ध पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं हूँ, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless pdt. w/ot)

- 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 to 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 fulfilment 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 ढर्रे पर मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिना इस ढर्रे में सीमित हैं, उन्हें "कोशिका" एकत्रित करने, मेरा, सम्पत्ति के माध्यम से मुझे चिकित्सीय और वित्तीय सहायता के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने से अधिकृत करते हैं। मेरे द्वारा का बिना मेरे द्वारा या करने या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बिना को बिना सहमत के निर्णय से अधिकृत है मुझे स्पष्ट: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एकत्रित करने भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपका कोई इलाका या संगठन का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL. (FURNISH 2% WDC)

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, इसका भी जोर है मसाले-पेसी को "अतिरिक्त पाठ्यक्रम" से विभिन्न पाठ्यक्रम में विद्यार्थी को पढ़ाई है, जिसे इन (इन्फोमेशन) विभिन्न प्रकार से नामों से संबोधित करते हैं।

- 1) यह कि न तो जीवन और न ही जीवन में विविध साधन बिना के। साधनी संभव या किसी अन्य साधन से उदा लेई-पान्नी में लेई या ले लेई है, वेई कि इन्ने "बौद्धिक साधनेशन" से विपरीत/विपरीत उदा से सम्बन्ध में "बौद्धिक साधनेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यही "बौद्धिक साधनेशन" द्वारा साधन विपरीत बौद्धिक/साधन हेतु गन्तु यही विषय यथा है से सम्बन्ध विपरीत अन्य के साधनी संभव या किसी अन्य सम्बन्ध से सम्बन्ध लेई या जीवनसाधनी सुविधा यथा है। इस सुविधा में स्पष्ट यथा यथा है कि सम्बन्ध विपरीत गहरा उदा लेई-पान्नी हेतु विपरीत के साधनी संभव या किसी अन्य साधन से यही लेई-पान्नी।
2. "बौद्धिक साधनेशन" से लेई गई साधन संभव विविध प्रकृति की है। लेई या सम्बन्ध द्वारा ही गई साधन या विपरीत गने सम्बन्ध/प्रक्रिया का सुपन लेई एवं सम्बन्ध से लेई या विपरीत है और "बौद्धिक साधनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव यही है। इतिनिम्न सम्बन्ध में लेई से सम्बन्ध सुपन और यथा यथा की यही विपरीत/लेई एवं सम्बन्ध की लेई और "बौद्धिक" की कोई सुविधा या विपरीत/लेई इस यथा में यही लेई।

|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>अनुमति (स्वीकृति/निर्स्विकार का निश्चय सहित) |                                                                                                                                                                                                                    | ACCEPTANCE<br>स्वीकृति                                                                                                                                                                                                                                                        | REJECTION<br>निस्विकार |
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>20.10.17                                                               | <br>Arindam Deb<br>MBBS, DO, FRCS<br>Reg. No. 58096<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं. | <br>Sankar Singh<br>Director<br>Sankar Eye Foundation & Research Centre<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी |                        |

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तरिक उपयोग हेतु

|                       |                    |                                                                                     |                                                                                       |
|-----------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| SANCTIONED<br>सम्झौता | REJECTED<br>समझौता | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>प्राप्ति इलाका 1                                          | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>प्राप्ति इलाका 2                                            |
|                       |                    |  |  |