

|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                                                     | Koshika<br>foundation<br>Building block of life.                                           |                                              |                                                 |
| APPLICATION No.: K/0918/1099<br>आवेदन संख्या:                                                                                         |                                                                                                                     | APPLICATION DATE: 03.09.18<br>आवेदन तिथि                                                   |                                              |                                                 |
| NAME of APPLICANT: BASUDEB DAS<br>आवेदक का नाम                                                                                        |                                                                                                                     | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>58                                                                   | SEX लिंग<br>M                                |                                                 |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SATYACHARAN DAS<br>पिता/हस्ताक्षर का नाम                                                                      |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |                                                 |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>HINGALGANJ, NORTH 24 PARGANAS, #43935,<br>WEST BENGAL                                 |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |                                                 |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता<br>AS ABOVE                                                                            |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |                                                 |
| OCCUPATION: FARMER<br>व्यवसाय                                                                                                         |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |                                                 |
| TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 16000/-<br>कुल वार्षिक आय (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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)       |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |                                                 |
| 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.                                                                                                                                    | BASUDEB DAS                                                                                                         | 58                                                                                         | M                                            | SELF                                            |
| 2.                                                                                                                                    | ALOK DAS                                                                                                            | 50                                                                                         | F                                            | WIFE                                            |
| 3.                                                                                                                                    | NITHUN DAS                                                                                                          | 27                                                                                         | M                                            | SON                                             |
| 4.                                                                                                                                    | RATASAHIB DAS                                                                                                       | 25                                                                                         | M                                            | SON                                             |
| 5.                                                                                                                                    | RAKESH DAS                                                                                                          | 22                                                                                         | M                                            | SON                                             |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए विनियम आधार                                           |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |                                                 |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>सर्वोच्च रेश 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>दरपयेकाता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |                                                 |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:                                                      |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                        |                                                                                            |                                              |                                                 |
| 1.                                                                                                                                    | DIAGNOSIS- CATHETER-RE                                                                                              |                                                                                            |                                              |                                                 |
| 2.                                                                                                                                    | SURGERY- RE (JICSTAL)                                                                                               |                                                                                            |                                              |                                                 |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                           | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लगी गई सहायता राशि                                   |                                              |                                                 |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

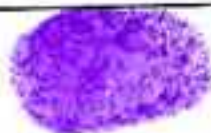
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह उद्देश्य को नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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

- 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 donation 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में भोजित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याती, सार, पात्रताया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्याती अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है, मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यातियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)**

- 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 न्याताओं/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) विना प्रकार से नाम व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार/सकत हेतु मन्सूर की जाया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सरकारी सहायता या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा की 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 रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" की कोई पूर्णतः या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)  
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण लगाये)

ACCEPTANCE

REJECTION

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख

03.09.18

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIIKA FOUNDATION  
आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्याती हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्याती हस्ताक्षर 2

SANCTIONED  
संस्तुति

REJECTED  
नमन्सूर

*[Signature of Trustee 1]*

*[Signature of Trustee 2]*