

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K11218/1832 APPLICATION DATE: 10/10/18

NAME of APPLICANT: MADHUSUDAN SADHUKHAN AGE-YEARS: 69 SEX: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: AMULYA CHANDRA SADHUKHAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 24/1 E APR ROAD, BEADON STREET, KOLKATA 700006, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AC ABOVE

OCCUPATION: UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)

PAN No. यदि कोई हो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No हाँ / 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>आपके साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1.                     | MADHUSUDAN SADHUKHAN                              | 69                         | M              | SELF                                      |
| 2.                     | MINAMON SADHUKHAN                                 | 62                         | F              | WIFE                                      |
| 3.                     | DILIP SADHUKHAN                                   | 62                         | M              | SON                                       |
| 4.                     | SALEEN SADHUKHAN                                  | 29                         | F              | DAUGHTER                                  |
| 5.                     | SHILA SADHUKHAN                                   | 25                         | F              | DAUGHTER                                  |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                                       |                                                                                                                  |                                                                                         |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basta/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रतिलिपि संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.                                                                       |
| 2.                     | SURGERY - L.E (SIC 204)                                                                           |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>उसी गंतु सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |

**DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले का)**

- 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 retained 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने के लिए गलत जानकारी देता है तो मेरी आवेदन रिक्त हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का यकीन रखता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से इस मदद की मांग नहीं कर रहा हूँ, न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले का)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 आवेदन पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे कि वे "कोशिका फाउंडेशन" के नाम पर दानों को एकत्रित करें, या मेरे नाम पर मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी फैला सकें। मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने से मेरी मदद के लिए कोई भी अधिकार नहीं होगा। मदद देने या जारी रखने का फैसला केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के पास होगा, और उनका फैसला अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄지 انگू का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)**

- 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.
- हहाँ अधिकृत, हमारी ओर से अनुमति देने वाले "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति के द्वारा (हॉस्पिटल) निम्न बातों का स्वीकार किया जाता है:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय मदद के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से अनुरोध कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय मदद नहीं मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें वित्तीय मदद नहीं देता है, तो हमें अपने खर्च को किसी अन्य स्रोत से पूरा करना होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय मदद नहीं मिलती है, हमें "कोशिका फाउंडेशन" से अनुरोध करने के लिए तैयार रहना होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें केवल वित्तीय मदद मिलेगी। हमारे द्वारा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करेगा, और इससे कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। हमारे द्वारा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करेगा, और इससे कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमति

|                                                |                                                                                                   |                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>10/12/18 | Dr. K. G.<br>MBBS, D.C.<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>Surat District Hospital, Surat | Shib Sankar Banerjee<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>Surat District Hospital, Surat |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आवेदन करने वाले के लिए)**

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>आवेदक 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>आवेदक 2 |
|                                   |                                   |