

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                                | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)                                                                                       |                | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                        |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                                                                   |                                                                                                | K1121812024                                                                                                       |                | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि                                                          |               |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम                                                                                                   |                                                                                                | BHAGIRATHI SARKAR                                                                                                 |                | AGE-YEARS :<br>वर्ष                                                                       | SEX :<br>लिंग |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/पति का नाम                                                                                           |                                                                                                | AJIT SARKAR                                                                                                       |                | 76                                                                                        | F.            |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS :<br>वर्तमान निवासीय पता                                                                                    |                                                                                                |                                                                                                                   |                |        |               |
| M LAKSHMI BOSE GARDEN LANE, KOLKATA:<br>NET BEING PL.                                                                                 |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :<br>स्थायी निवासीय पता                                                                                   |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| AS ABOVE.                                                                                                                             |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय                                                                                                               |                                                                                                | HOME MAKER                                                                                                        |                | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                  |               |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय                                                                                               |                                                                                                | NIL                                                                                                               |                | (Attach Proof of Income)<br>(आप का आय प्रमाण)                                             |               |
| PAN No. :<br>आपका पैन संख्या                                                                                                          |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)        |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| Yes / No<br>हां / नहीं                                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| FAMILY DETAILS : परिवार विवरण                                                                                                         |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम                                                | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                        | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                           |               |
| 1.                                                                                                                                    | ASHOK KUMAR SARKAR                                                                             | 76                                                                                                                | F              | WIFE                                                                                      |               |
| 2.                                                                                                                                    | ANURAG SARKAR                                                                                  | 40                                                                                                                | M              | SON                                                                                       |               |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधि आधार                                            |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>सोयी 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>रशनकार्ड कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |               |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु करने वाले किसी का उद्देश्य:                                                       |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अनुप्राण/दवाखत से जारी की गई प्रतिवेदन प्रुची संलग्न |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| 1.                                                                                                                                    | DIAGNOSIS - CATARACT - RE.                                                                     |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| 2.                                                                                                                                    | SURGERY - RE (SUCCESSION)                                                                      |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
| 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>कौी गई सहायता राशि                                  |               |
|                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
|                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |
|                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                   |                |                                                                                           |               |

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 पर बताना हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण अथवा आंशिक रूप से गलत या झूठा पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना प्रमाण को या सत्यता को खारिज कर दिया जायेगा।

2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि यदि मुझे कोशिका फाउंडेशन से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगी/करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता के लिए प्रार्थना की थी।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की रकम की मांग करूँगी/करूँगा और न ही किसी भी प्रकार की रकम की मांग करूँगी/करूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 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.

1) इस प्रश्न का उत्तर इसका या दोनों को इस समझ, है (आवेदन) अपनी कार्य की पुष्टि यह है कि "कोलिका आदिमान और उसके गणना" को अधिकृत करने है कि यह सब, सब, दोनों और को विचार इस प्रश्न में समाहित है, उसे "कोलिका" एक ही प्रकार, सब, समझने वाले प्रत्येक में खुदों की विशेषता और उपस्थिति को उनके किसी भी इस समझ में प्रतीति करने की लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विचार में इसका को प्रतीति या सब में करने की लिए "कोलिका आदिमान" में गणना अधिकृत है।

ਸਰੋਤ: ਭਾਰਤੀ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਸੰਸਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸ਼ਬਦਾਂ



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.

[illegible]

सभी प्रकार के लिए समान

15/12/18

Dr. K. Ghosh  
MBBS, DO, DNB, FACS  
Reg. No. 50971  
Please of Dr. S Regn. No. with Stamp  
2007-08-20 10:00:00 AM

Dr. Shishu Sankar Bagchi  
Director  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
यम नरक इत्येतत् लोकः सर्वत्र

— १११ —

Ergebnis

संयोजक २

1218