

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                   |                | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                                      |  | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building blocks of life</small> |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: <b>K/1218/2068</b>                                                                                                       |                                                                                              | APPLICATION DATE: <b>18/12/18</b>                                                                                 |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
| NAME of APPLICANT: <b>USHA CHOWDHARY</b>                                                                                                  |                                                                                              | AGE-YEARS <b>46</b>                                                                                               |                | SEX <b>F</b>                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                              |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <b>HREDDYA NAND CHOWDHARY</b>                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                   |                |   |  |                                                                                                                                                              |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <b>P.R. GOSWAMI ROAD, KHARDAH, NORTH 24 PARAGANAS, JERGAON, WEST BENGAL</b>                                    |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <b>AS ABOVE</b>                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
| OCCUPATION: <b>HOUSE WIFE</b>                                                                                                             |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                          |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: <b>NIL</b>                                                                                                           |                                                                                              | (Attach Proof of Income)                                                                                          |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
| PAN No. <b>XXXXXX XXXX</b>                                                                                                                |                                                                                              | ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <b>Yes / No</b>                                    |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
| 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                                                                                                                                         | USHA CHOWDHARY                                                                               | 46                                                                                                                | F              | SELF                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                              |  |
| 2                                                                                                                                         | HREDDYA NAND CHOWDHARY                                                                       | 72                                                                                                                | M              | HUSBAND                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                              |  |
| 3                                                                                                                                         | REHVI CHOWDHARY                                                                              | 21                                                                                                                | M              | SON                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                              |  |
| 4                                                                                                                                         | RABIKANTA CHOWDHARY                                                                          | 18                                                                                                                | M              | SON                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                              |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये निम्नी विलेखि आधार                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)                                 |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>प्रत्येकक कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)                                                                                |  | Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण                                                                                                                     |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु निम्ने पने निम्नी का उद्देश्य:                                                        |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                    | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
| 1                                                                                                                                         | MAGNETIC - CATARACT                                                                          |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
| 2                                                                                                                                         | SURGERY - Lc (Stereotax)                                                                     |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो? |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                    | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>तो गई सहायता राशि                                                           |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |

DECLARATION by APPLICANT: ☐ True and correct to:

- 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 Koshraka 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 पत्र में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने के लिए झूठ बताने का प्रयास किया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "उद्देश्य" के अन्तर्गत, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेख किया गया है, के लिए प्राप्त की गई सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जायेगी।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (attach DS-400)

- 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-upreproduce 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/activities/programs. 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 प्रकार का करने इसका का संबंध को काय लक्षण, मैं (अर्हक) अपने पता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायो" को अधिकृत करता हूँ कि वे का, का, कोशिका और को विवरण इस प्रकार मैं कोशिका हूँ, का "कोशिका" दण्ड न्यायो, का, कायकाय एवं उद्देश्य से मुझे लीविनिंग और प्रशस्तिपत्रों को मिले किसे को प्रशस्ति पत्र से प्रशस्ति करने से लिए अधिकृत है। मैं इस का विवरण से प्राप्त को पता से काय से काय से काय से लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद का, का, कोशिका और विवरण को कि इसका से उद्देश्यों से प्रशस्ति है मुझे प्राप्त। इसका का इकाय को करता इस संबंध में "कोशिका" दण्ड उसके न्यायो का विवरण लीविनिंग और कायकाय को काय।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्सेनिक के इलाज का अंग्रेजी का निदान



AGREEMENT by HOSPITAL (NVS008 200 4000)

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

- 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.

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सर्वाङ्गुली च विष्णु संभृति

|                                                |                                                                                                      |                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>18/12/18 | Dr. Alok Agrawal<br>M.D., M.B.B.S., D.P.S.N.C.<br>Reg. No. 12345<br>(Name of Dr. & Sign. with Stamp) | Dr. Sankar Bagchi<br>Director<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>यह मेरा नाम पर इस्तेमाल की जायेगा |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ॥ अर्थी अर्थी ॥

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यायी इन्द्रका 1                                         | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यायी इन्द्रका 2                                          |
|  |  |