

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                          |                                                   |                                                                                                                     |                    | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                        |                                                         | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life.</small> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.:<br>आवेदन संख्या:                                                                                                     |                                                   | K/0519/0240                                                                                                         |                    | APPLICATION DATE:<br>आवेदन तिथि                                                           |                                                         | 10/5/19.                                                                                                                                                      |  |
| NAME of APPLICANT:<br>आवेदक का नाम                                                                                                    |                                                   |                                                                                                                     | AGE-YEARS आयु-वर्ष |                                                                                           | SEX लिंग                                                |                                                                                                                                                               |  |
| UTTARANI UTHASANI                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                     | 74                 |                                                                                           | F                                                       |                                                                                                                                                               |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME:<br>पिता/हस्ताक्षर का नाम                                                                                      |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| GOPAL UTTHASANI                                                                                                                       |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता                                                                                            |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| SHARANPUR KULPI SOUTH EN DARGANAH,<br>2432SI, WEST BENGAL.                                                                            |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता                                                                                          |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| - AT ABOVE -                                                                                                                          |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय                                                                                                               |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                |                                                                                                                                                               |  |
| HOME MAKER.                                                                                                                           |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय                                                                                               |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           | (Attach Proof of Income)<br>(आप का राज्य समाण)          |                                                                                                                                                               |  |
| RS. 1700 x 12 = 20400/-                                                                                                               |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| PAN No. स्वामी 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)       |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| 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>आवेदक से साथ सम्बन्ध                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| 1.                                                                                                                                    | GRIHANI UTTASANI                                  | 54                                                                                                                  | F                  | SELF.                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| 2.                                                                                                                                    | PRIYANKA UTTASANI                                 | 50                                                                                                                  | M                  | SON                                                                                       |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| 3.                                                                                                                                    | SOMDEB UTTASANI                                   | 46                                                                                                                  | M                  | SON                                                                                       |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनियमित आधार                                        |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)                           |                                                   | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें) |                    | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोगिका कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें) |                                                         | Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत                                                                                                                        |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे मने निम्नी का उद्देश्य:                                                      |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयेन सूची संलग्न                                            |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | 1. DIAGNOSIS - CATARACT - LE                      |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                       | 2. SURGERY - LE (JCS MCL)                         |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |
| 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>सी गई सहायता राशी |                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                       |                                                   |                                                                                                                     |                    |                                                                                           |                                                         |                                                                                                                                                               |  |

**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 मेरी 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 दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पराग पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके न्यासीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, साधक/पत्र दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीय अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस प्रार्थना में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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.

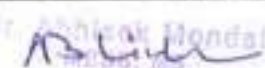
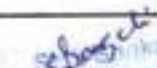
इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में सेने या लेने की है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार/नकार हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो आस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

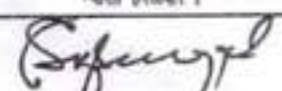
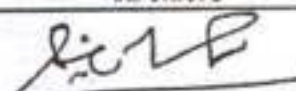
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने जाने की सटीक जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिये हस्ताक्षर

|                                                           |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br><br>10/05/19 | <br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                 | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                  |
|  |  |