

| <b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b><br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                      |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                         |                                                           | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life.</small> |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>APPLICATION No. :</b><br>आवेदन संख्या : K/0719/0860                                                                                                   |                                                                                              | <b>APPLICATION DATE :</b><br>आवेदन तिथि 12/9/19                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| <b>NAME of APPLICANT :</b><br>आवेदक का नाम SHAPRA DEY                                                                                                    |                                                                                              | <b>AGE-YEARS आयु-वर्ष</b><br>57                                                                                            | <b>SEX लिंग</b><br>F                                      |                                                                                                                                                               |  |
| <b>FATHER'S/SPOUSE'S NAME :</b><br>पिता/सहोदर का नाम SUSHANTA DEY                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| <b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता</b><br>24/A ANANDNAGAR ROAD, BELURHATA,<br>KOLKATA - 700010, WEST BENGAL.                                  |                                                                                              |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता</b><br>- HC Mirzapur -                                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| <b>OCCUPATION :</b><br>व्यवसाय House wife                                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                            | <b>MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)</b>           |                                                                                                                                                               |  |
| <b>TOTAL ANNUAL INCOME :</b><br>कुल वार्षिक आय Rs 1500 x 12 = 18000/-                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                            | <b>(Attach Proof of Income)</b><br>(आय का साक्ष्य संलग्न) |                                                                                                                                                               |  |
| <b>PAN No. स्वामी खाता संख्या</b>                                                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| <b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):</b><br>क्या आप आय कर दाख है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) Yes / No हाँ / नहीं |                                                                                              |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| <b>FAMILY DETAILS परिवार विवरण</b>                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| 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 सम्बंध                                                                                                                |  |
| 1                                                                                                                                                        | SHAPRA DEY                                                                                   | 57                                                                                                                         | F                                                         | SELF                                                                                                                                                          |  |
| 2                                                                                                                                                        | SUSHANTA DEY                                                                                 | 60                                                                                                                         | M                                                         | HUSBAND                                                                                                                                                       |  |
| 3                                                                                                                                                        | RATNA DAL                                                                                    | 34                                                                                                                         | F                                                         | DAUGHTER                                                                                                                                                      |  |
| <b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</b><br>सहायता के लिए विनंति आधार                                                       |                                                                                              |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| <b>BPL Card</b><br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रखा के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                         |                                                                                              | <b>EWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                           | <b>Ration Card</b><br>(Attach Copy)<br>इसमेंका कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                               |  |
| <b>Any Other Basis/Proof</b><br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| <b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b><br>सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                   | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| 1                                                                                                                                                        | DIAGNOSIS - CANCER - LG                                                                      |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| 2                                                                                                                                                        | SURGERY - LECTOMY                                                                            |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| <b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b><br>इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?             |                                                                                              |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                   | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                            | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि   |                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                               |  |

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

- 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 फॉर्म 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 तोता चाहता हूँ, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में पद पद है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य ग्राहक/निर्माता/बीमा कम्पनी से न तो 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 this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दूर, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से चुनौती अभियानों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं उनके द्वारा सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासी 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.

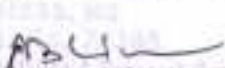
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने/पान करने में लगे या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि आंशिक/संपूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उठा लेने/पान हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेने/पानेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तोता सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे पर हस्पताल द्वारा ही ताता सहायता किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में ऐसे के इलाज सुरक्षा और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी ऐसे एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

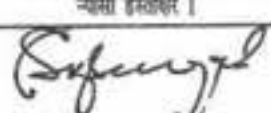
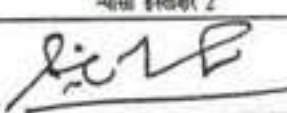
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                       |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br>13/07/19 | <br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | <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                                  |
|  |  |