

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                     |                                                                                              | (स्वास्थ्य हेतु सहायता)                                                                                             |                                                         |                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| APPLICATION No. :<br>अवेदन संख्या : K/0819/0874                                                                                                     |                                                                                              | APPLICATION DATE : 15/07/19<br>अवेदन तिथि                                                                           |                                                         |                                                                                           |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम SANTOSH MANDAL                                                                                                  |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>69                                                                                            | SEX लिंग<br>M                                           |                                                                                           |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कन्या का नाम RAJENDRA MANDAL                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>PLOT NO 146, CHAYAGHARSA, BONGAJON,<br>NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL                               |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता<br>AS ABOVE                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय UNEMPLOYED                                                                                                                  |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                            |                                                         |                                                                                           |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय Rs 17000/2 & 20400/-                                                                                        |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                                  |                                                         |                                                                                           |
| PAN No. सवाई 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 लगावे) 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 के साथ सम्बन्ध                                           |
| 1                                                                                                                                                   | SANTOSH MANDAL                                                                               | 69                                                                                                                  | M                                                       | SELF                                                                                      |
| 2                                                                                                                                                   | RAJENDRA MANDAL                                                                              | 71                                                                                                                  | F                                                       | WIFE                                                                                      |
| 3                                                                                                                                                   | SANJAY MANDAL                                                                                | 38                                                                                                                  | M                                                       | SON                                                                                       |
| 4                                                                                                                                                   | ASEMA PALASHA                                                                                | 96                                                                                                                  | F                                                       | DAUGHTER                                                                                  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विवृति आधार                                                        |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                         |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                         | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                              | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| 1)                                                                                                                                                  | DIAGNOSIS - CATARACT - 12%                                                                   |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| 2)                                                                                                                                                  | SURGERY - RE (SICS+TOL)                                                                      |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के 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 राशी |                                                                                           |

**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 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इस प्रारूप में उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भरा जा सकता है, उस राशि का व्यय किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से नहीं किया जायेगा और न ही भविष्य में होगा।

**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 fulfilment 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, सहायता/दुर्लभ उपकरणों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासीयों द्वारा प्रसारित नहीं किया जायेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है, मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इन (हम) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने की संभावना है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना या बिना "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित और/वास्तविक हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो आपसगत किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आपसगत हितों पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमति

Dr. K. Ghosh

Senior Eye Surgeon & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

15/07/19

Dr. K. Ghosh

MBBS, DNB, FRCO

Reg. No. - 5087

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

*[Signature]*