

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                        |  | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life.</small> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                                                                   |                                                                                              | 18/07/19/0932                                                                                                     |                | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि                                                          |  | 18/07/19                                                                                                                                                      |  |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम                                                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                   |                | AGE-YEARS आयु-वर्ष                                                                        |  | SEX लिंग                                                                                                                                                      |  |
| SUDHIR SARDAR                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                   |                | 61                                                                                        |  | M                                                                                                                                                             |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कन्या का नाम                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |  |                                                                                                                                                               |  |
| DWIPCHAND SARDAR                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |  |                                                                                                                                                               |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |  |                                                                                                                                                               |  |
| SATYKESHAHAR, Gopalganj, South 24                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |  |                                                                                                                                                               |  |
| PARAGANAS 743338, WEST BENGAL                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |  |                                                                                                                                                               |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |  |                                                                                                                                                               |  |
| — AS ABOVE —                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |  |                                                                                                                                                               |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                   |                | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                  |  |                                                                                                                                                               |  |
| UNEMPLOYED                                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |  |                                                                                                                                                               |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                   |                | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                        |  |                                                                                                                                                               |  |
| RS 1900 x 12 = 22800/-                                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |  |                                                                                                                                                               |  |
| PAN No. स्थाई 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 चिह्न 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 के साथ सम्बंध                                            |  |                                                                                                                                                               |  |
| 1.                                                                                                                                    | SUDHIR SARDAR                                                                                | 61                                                                                                                | M              | SELF                                                                                      |  |                                                                                                                                                               |  |
| 2.                                                                                                                                    | CHAPALA SARDAR                                                                               | 55                                                                                                                | F              | WIFE                                                                                      |  |                                                                                                                                                               |  |
| 3.                                                                                                                                    | TAPAN SARDAR                                                                                 | 30                                                                                                                | M              | SON                                                                                       |  |                                                                                                                                                               |  |
| 4.                                                                                                                                    | MADHABI SARDAR                                                                               | 27                                                                                                                | F              | DAUGHTER                                                                                  |  |                                                                                                                                                               |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनंति आधार                                          |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |  |                                                                                                                                                               |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश का नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                            |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |  | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                                  |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<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 - CATARACT - RE                                                                    |                                                                                                                   |                |                                                                                           |  |                                                                                                                                                               |  |
| 2.                                                                                                                                    | SURGERY - RE (SECS + IOL)                                                                    |                                                                                                                   |                |                                                                                           |  |                                                                                                                                                               |  |
| 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 राशि                                   |  |                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                           |  |                                                                                                                                                               |  |

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

- 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 प्रकरण 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 निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस मदद का आशिक या सकल डिमंड किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हो।

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

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एवं अन्य माध्यमों, दूर, याचक/चर द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

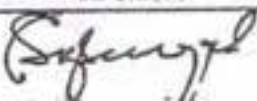
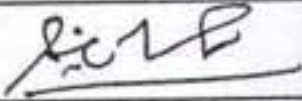
**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

- 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 मान्यता/पंजी की "कोशिका फाउंडेशन" 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 भी सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा फंडिंग अन्य और सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                |                                                                              |                                                                                                              |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>18/07/19 | (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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