

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)   |   | (स्वास्थ्य देखभाल)  |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>APPLICATION No. :</b> K/1119/1954<br><b>आवेदन संख्या :</b>   |   | <b>APPLICATION DATE :</b> 4/11/2019<br><b>आवेदन तिथि</b>  |   |   |
| <b>NAME of APPLICANT :</b> SABITA SANFUI<br><b>आवेदक का नाम</b>   |   | <b>AGE-YEARS आयु-वर्ष</b><br>59   | <b>SEX लिंग</b><br>F  |   |
| <b>FATHER'S/SPOUSE'S NAME :</b> ANIL SANFUI<br><b>पिता/कन्या का नाम</b>   |   |   |   |   |
| <b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता</b><br>537 MITHAKHALI, UTTAR PURBA PARA, CANNING,<br>SOUTH 24 PARGANAS 743329, WEST BENGAL          |   |   |   |   |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता</b><br>AS ABOVE   |   |   |   |   |
| <b>OCCUPATION :</b> HOMEMAKER<br><b>व्यवसाय</b>   |   | <b>MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)</b>   |   |   |
| <b>TOTAL ANNUAL INCOME :</b> RS 2300 X 12 = 26400/-<br><b>कुल वार्षिक आय</b>  |   | <b>(Attach Proof of Income)</b><br><b>(आय का सक्षम संलग्न)</b>  |   |   |
| <b>PAN No. स्थाई छल संख्या</b>  |   |   |   |   |
| <b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):</b><br><b>क्या आप आय कर छल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे।)</b>         |   |   |   |   |
| <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 सम्बन्ध   |
| 1.  | SABITA SANFUI   | 59  | F   | SELF  |
| 2.  | ANIL SANFUI   | 31  | M   | SON   |
| <b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</b><br><b>सहायता के लिये विनति आधार</b>   |   |   |   |   |
| <b>BPL Card</b><br><b>(Attach Card Copy)</b><br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छल प्रति संलग्न करे।)                             |   | <b>EWS Certificate</b><br><b>(Attach Certificate Copy)</b><br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छल प्रति संलग्न करे।) |   | <b>Ration Card</b><br><b>(Attach Copy)</b><br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छल प्रति संलग्न करे।) |
| <b>Any Other Basis/Proof</b><br><b>अन्य कोई साक्ष्य</b>   |   |   |   |   |
| <b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b><br><b>सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:</b>   |   |   |   |   |
| <b>Medical Reports/Prescriptions Attached</b><br><b>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न</b>  |   |   |   |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | <b>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</b>                        |   |   |   |
| 2.  | <b>SURGERY — RE (STIC + IOL)</b>                        |   |   |   |
| <b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b><br><b>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?</b> |   |   |   |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | <b>NAME of OTHER SOURCE</b><br><b>अन्य स्रोत का नाम</b> |   | <b>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</b><br><b>ली गई सहायता राशी</b> |   |



**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 घोषणा करता हूँ कि यदि मेरी सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी 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 it's 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 it's 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 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 फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एनम् न्यासी, दान, वाक्य/या दूसरे उद्देश्य 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 पहले या बाद में करने के लिए "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 है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् उसके न्यासियों 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 it's 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 & it's 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 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 सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति आंशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंजूर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुण्ठिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

4/11/2019

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र नं.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2