

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                      |                                  | Koshika<br>foundation<br><small>Building block of life.</small>    |          |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------|
| APPLICATION No.: <b>W/1119/1965</b><br>APPLICATION DATE: <b>2/11/2019</b>                                                            |                                  |                                                                    |          |                                                |
| NAME of APPLICANT: <b>SURYAKANTA MONDAL</b><br>AGE-YEARS: <b>42</b> SEX: <b>M</b>                                                    |                                  |                                                                    |          |                                                |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <b>SADHAN MONDAL</b>                                                                                         |                                  |                                                                    |          |                                                |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <b>TANTRA, GASERHAL, NORTH 24 PARGANAS, 743421, WEST BENGAL</b>                                           |                                  |                                                                    |          |                                                |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <b>AS ABOVE</b>                                                                                         |                                  |                                                                    |          |                                                |
| OCCUPATION: <b>LABOURER</b>                                                                                                          |                                  | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                           |          |                                                |
| TOTAL ANNUAL INCOME: <b>RS 2000 X 12 = 24000/-</b>                                                                                   |                                  | (Attach Proof of Income)                                           |          |                                                |
| PAN No. <b>XXXXXX</b>                                                                                                                |                                  |                                                                    |          |                                                |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No |                                  |                                                                    |          |                                                |
| FAMILY DETAILS                                                                                                                       |                                  |                                                                    |          |                                                |
| Sr. No.                                                                                                                              | Name of Family Member            | Age (Years)                                                        | Gender   | Relation with Applicant                        |
| 1.                                                                                                                                   | <b>SURYAKANTA MONDAL</b>         | <b>42</b>                                                          | <b>M</b> | <b>SELF</b>                                    |
| 2.                                                                                                                                   | <b>ADIK MONDAL</b>               | <b>17</b>                                                          | <b>M</b> | <b>SON</b>                                     |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                                                                       |                                  |                                                                    |          |                                                |
| <input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy)                                                                                 |                                  | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) |          | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                                                                                 |                                  |                                                                    |          |                                                |
| Medical Reports/Prescriptions Attached                                                                                               |                                  |                                                                    |          |                                                |
| 1.                                                                                                                                   | <b>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</b> |                                                                    |          |                                                |
| 2.                                                                                                                                   | <b>SURGERY — RE (SKS + IOL)</b>  |                                                                    |          |                                                |
| ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                                                                     |                                  |                                                                    |          |                                                |
| Sr. No.                                                                                                                              | NAME of OTHER SOURCE             | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE                               |          |                                                |
|                                                                                                                                      |                                  |                                                                    |          |                                                |



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 दिनेश गंगे साहू विद्यार्थी के अनुपस्थान एवं जारी है। यदि कोई विद्यार्थी स्वयं कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहमति मिलने की जरूरत होगी।

२१) श्री राम जी महाशय दाहि "बौद्धिक फायरवोर्डर", से रही जो रही है, उसका उपयोग इसी कारण की पूर्ति के लिए किया जाये, जो इस प्रकरण में यह सत्य है।

3) वे पुष्प कला हैं कि जिस आकार में वे सब प्रकट की गई हैं, इस कला का अर्थिक या सफाई विचार किसी अन्य सोपानियक/बोध कल्पना से न तो मिले है और न ही अधिक में है।

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/post-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 प्रश्न पर अपने हवाला या कले की प्राप्ति के बाद, मैं (अपने) अपने छात्रों को पूछूँ कि "कौटिल्य का मत और उसके मतों" को अधिकृत करने है कि वे या, जो, कौटिल्य के मतों इस प्रश्न में मिलते हैं, मैं "कौटिल्य" एतद् मतों, एतद् मतों या दूसरे मतों से मुझे विभिन्न मतों और मतों के तब किसे वे प्रश्न अपने मतों के तब किसे वे अधिकृत है। मैं प्रश्न का विचार मैं हवाला के मतों या मतों के तब किसे "कौटिल्य का मत" या मतों अधिकृत है।

2) ये (अभिलेख) इस बात से साबित हैं कि मंगल ग्रह, पृथ्वी और शनिग्रह जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्पष्ट: सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कॉलेक्शन" प्रत्येक वर्ष के व्ययों का निर्णय अग्रिम और सहायकायी होता।

आपके एक ही इच्छाओं को पूरा करने के लिए

Sriyakahta Mondal

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.

इससे अधिकतर, इसकाट्टी को अंदर से खसाले/पेंगी को "कलिका कागजेंल" को विभिन्न प्रकार के रंग दिए जाते हैं, जिसे हम (हमारा) विभिन्न प्रकार के काम में प्रयोग करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वजन और न ही सर्वजन में विविध राजस्व किन्ती और राजस्वी संस्थाएं या किन्ती अन्य संस्थाएं से उक्त ऐंटी-धमले में लेने या तो रहे हैं, जैसे कि इनमें "बोर्डिंग हाउस" या विपरीतविपरीत उक्त के अन्वय में "बोर्डिंग हाउस" द्वारा प्राप्त हुए राजस्व विपरीत अतिरिक्त/धमला हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किन्ती अन्य और राजस्वी संस्थाएं या किन्ती अन्य संस्थाओं से राजस्व लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परर उक्त ऐंटी-धमले हेतु किन्ती और राजस्वी संस्थाएं या किन्ती अन्य संस्थाएं से नहीं लेना/लेनी।

2. "कॉलेजियल फायनेंस" को तब तक सहायता प्रदान करने के लिए प्रस्तावित है। ऐसी परीक्षा प्रणाली को तब तक सहायता प्रदान करने के लिए प्रस्तावित है जो किने गये प्रणाली/प्रणाली का पुनर्गठन करने एवं प्रणाली को सहायता प्रदान करने के लिए "कॉलेजियल फायनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसीलिए प्रणाली में ऐसी को प्रणाली प्रणाली और अन्य अन्य को सहायता प्रदान करने के लिए प्रस्तावित है।

स्वीकृती या लिपि संस्थानि

Shib Sankar Bagchi

Date of Surgery

4/11/2019

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

Eye Education & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

यस्य च पर इत्युक्तं अधिवृत अधिवृत्तौ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
[Signature]

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 भवानी ठाकुर 2

Rich