

| | | | |
|---|---|---|--|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेत् आवेदन प्रारूप | | (Healthcare) (स्वास्थ्य सेवापाल) | Koshika foundation Building Block of Life. |
| APPLICATION No.: K/1119/1996 आवेदन संख्या : | | APPLICATION DATE: 01/01/2019 आवेदन तिथि | |
| NAME of APPLICANT: SABITRI SHIL आवेदक का नाम | | AGE-YEARS वय-वर्ष 70 | SEX लिंग F |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BALELU CHARAN SHIL पिता/करुण का नाम | | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: सम्बन्धित घर SARADA PALLY, PANSILA, KOLKATA 700022, WEST BENGAL | | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वयं व्यवस्थित घर — AS ABOVE — | | | |
| OCCUPATION: UNEMPLOYED अप्रवाह्य | | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं) <input checked="" type="checkbox"/> (Attach Proof of Income) (अप्प का सब्बर दस्तावेज़) | |
| TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1500 x 12 = 18000/- कुल वार्षिक वय | | Yes / NO <input checked="" type="checkbox"/> हाँ / नहीं | |
| PAN No. स्ट्रोट नंबर संख्या | | FAMILY DETAILS: परिवर्त विवरण | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): क्या आप जाप का दाता हैं (जो भाव द्वारा दाता का नियमन संबंधी) | | Relation with Applicant आवेदक के सम्बन्ध में | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवर्त के सदस्यों का नाम | Age (Years) वय (वर्ष) | Gender लिंग |
| 1. | SABITRI SHIL NIRBALI SHIL | 70 | F |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित सभाव | | | |
| EPL Card (Attach Card Copy) गटीवी रेता के दीवे उपचार वार्ता (उपचार वार्ता की जावा गटी उपचार करो) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प वय वर्ग उपचार वार्ता (उपचार वार्ता की जावा गटी उपचार करो) | Ration Card (Attach Copy) उपचारक वार्ता (उपचार वार्ता की जावा गटी उपचार करो) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई सम्बन्ध |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता के लिए गटी विवाही का उद्देश्य: | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached आवेदन/विवाही के लिए गटी विवाही का उद्देश्य: | | |
| 1. | DIAGNOSIS — CATARACT — RE | | |
| 2. | SURGERY — RE (SICS + IOL) | | |
| ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए गटी अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया जाता है? | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED रुपी गटी सहायता यारी | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DECLARATION by APPLICANT: अप्लाईक द्वारा कोराना यह:

- 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 प्रमाण करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए विवरण से मेरी जानकारी के अनुसार सब ठीक है। ऐसे विवरण एवं काम का समान खाता है जो मेरी जानकारी की तरफ सही है।
 - 2) मैं इस वापसी की "कोशिका फाउंडेशन", से कोई बदला नहीं लेता और भूति के लिए विवरण जापेंगे, जो इस फॉर्म में दिए गए हैं।
 - 3) मैं यूटिट करता हूँ कि किसी जानकारी को द्वारा इसके लिए उपयोग की जानकारी के बाहर नहीं लिया जाएगा और न कोई विवरण नहीं दिया जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लाईक द्वारा करता)

- 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 प्रमाण के अन्तर्गत इसका यह अंदरांतर, जो "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीनों" को व्यक्ति करता हूँ कि ये वह, यह, फॉर्म और जो विवरण इस फॉर्म में दिये गए हैं, जो "कोशिका" द्वारा नाम, एवं जानकारी द्वारा उपलब्ध करायी गई विवरणों के बाहर नहीं दिया जाएगा और उपलब्धियों के लिए अधिक विवरण नहीं दिया जाएगा।
 - 2) मैं (अप्लाईक) इस काम को सहमत हूँ कि ये वह, यह, फॉर्म और विवरण जो कि इसका द्वारा उपलब्ध करायी गई विवरण हैं, जो कोशिका फाउंडेशन द्वारा उपलब्ध करायी गई विवरण हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लाईक के इसका यह अंदरांतर वाला विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पित द्वारा करता)

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.

इसका अंदरांतर की ओर सहमती को "कोशिका फाउंडेशन" से दिया गया है जिसकी ओर यह अंदरांतर कार्य है।

- 1) यह कि न हो विवरण और यह अंदरांतर में दिया गया विवरण की ओर साथी एवं उसके द्वारा दिया गया विवरण में सोने वाले हों तो यह कि इसकी "कोशिका फाउंडेशन" से दिया गया विवरण इसके बाहर नहीं दिया जाएगा और उपलब्धियों के लिए अधिक विवरण नहीं दिया जाएगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई नहीं जानकारी दी जानी चाहिए कि कोशिका फाउंडेशन का द्वारा दिया गया विवरण का उपयोग किसी विवरण का उपयोग के लिए किया जाता है। इसकी जानकारी को दिया जाना चाहिए कि कोशिका फाउंडेशन का द्वारा दिया गया विवरण को कोशिका फाउंडेशन की ओर सहमती के बाहर नहीं दिया जाएगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संकेतित**

| | | |
|--|---|--|
| Date of Surgery अंदरांतर की तारीख <i>6/11/2019</i> | Dr. <i>Nitishkumar Karan</i> (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) <i>51110000000000000000</i> दाता का नाम व इस्तमात्रा द दी. ए | <i>Bhupender Bagchi</i> Director Gurukul Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जान व जर इसका अधिकृत अधिकारी |
| FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION | | अनन्तरीक उपयोग हेतु |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामीने इसका | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामीने इसका | |
| <i>Safayal</i> | <i>LIVE</i> | |