

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                     |                                        | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)                                                                    |        | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                   |  |                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No. : K/1219/2698                                       |                                        | APPLICATION DATE : 23/12/2019                                                                  |        | <br>Koshika foundation<br>Building block of life. |  |                                                                                     |  |
| NAME of APPLICANT : ARSUN PRAMANICK                                 |                                        | AGE-YEARS : 65                                                                                 |        |                                                                                                                                      |  | SEX : M                                                                             |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KANAI PRAMANICK                            |                                        | PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 12 KEDARNATH SINGHA, ANADAH, NORTH 24 PARGANAS 700057, WEST BENGAL |        |                                                                                                                                      |  |  |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE                              |                                        |                                                                                                |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
| OCCUPATION : UNEMPLOYED                                             |                                        | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                       |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME : RS 13000 x 12 = 156000                        |                                        | (Attach Proof of Income)                                                                       |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
| PAN No. : [Blank]                                                   |                                        | ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):                                 |        | Yes / No                                                                                                                             |  |                                                                                     |  |
|                                                                     |                                        | [X] Yes [ ] No                                                                                 |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                         |                                        |                                                                                                |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
| Sr. No.                                                             | Name of Family Member                  | Age (Years)                                                                                    | Gender | Relation with Applicant                                                                                                              |  |                                                                                     |  |
| 1.                                                                  | ARSUN PRAMANICK                        | 65                                                                                             | M      | SELF                                                                                                                                 |  |                                                                                     |  |
| 2.                                                                  | RADHUMITA PAL                          | 31                                                                                             | F      | DAUGHTER                                                                                                                             |  |                                                                                     |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)      |                                        |                                                                                                |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
| BPL Card (Attach Card Copy)                                         |                                        | EWS Certificate (Attach Certificate Copy)                                                      |        | Ration Card (Attach Copy)                                                                                                            |  |                                                                                     |  |
| [X] Yes [ ] No                                                      |                                        | [X] Yes [ ] No                                                                                 |        | [X] Yes [ ] No                                                                                                                       |  |                                                                                     |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                |                                        |                                                                                                |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
| सहायता हेतु दिने गये विवरण का उद्देश्य:                             |                                        |                                                                                                |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
| Sr. No.                                                             | Medical Reports/Prescriptions Attached |                                                                                                |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
| 1.                                                                  | DIAGNOSIS — CATARACT — RE              |                                                                                                |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
| 2.                                                                  | SURGERY — RE (STICS + IOL)             |                                                                                                |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES      |                                        |                                                                                                |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
| इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                        |                                                                                                |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
| Sr. No.                                                             | NAME of OTHER SOURCE                   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                                                             |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
|                                                                     |                                        |                                                                                                |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
|                                                                     |                                        |                                                                                                |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |
|                                                                     |                                        |                                                                                                |        |                                                                                                                                      |  |                                                                                     |  |

**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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य सचयन अथवा सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उहाँ उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मंगल है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस रोग का अधिक या समस्त विस्तार किसी अन्य प्रोवेंडोर/रोजगार/बीमा कम्पनी 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वयं की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, कर्मचारियों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण को इस प्रकार के पत्रों या कार्डों के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सत्य: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली 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.
- इससे अधिकृत, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हम (हस्पताल) से सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंगल है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है, तो हम (हस्पताल) किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मगर उक्त रोग/रोगी हेतु किसी और स्रोत से प्राप्त की जा सकती है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हम (हस्पताल) को रोगी के हित में सहायता प्रदान करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                              |                                                                                        |                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>23/12/2019</p> | <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> | <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|