

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)                                       |                                                                                                       | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life.</small> |                |                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| APPLICATION No.: K/1217/2766<br>आवेदन संख्या:                                                                                         |                                                                                                       | APPLICATION DATE: 26/12/2019<br>आवेदन तिथि                                                                                                                    |                |                                                                                            |
| NAME of APPLICANT: RANJIT RAY<br>आवेदक का नाम                                                                                         |                                                                                                       | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>62                                                                                                                                      | SEX लिंग<br>M  |                                                                                            |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RADHA BALLBH RAY<br>पिता/कटुम्ब का नाम                                                                        |                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>CHAKPARA BALLY, HOWRAH 711203, WEST BENGAL</u><br>वर्तमान निवास पता                                     |                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u><br>स्थायी निवास पता                                                                      |                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
| OCCUPATION: UNEMPLOYED<br>व्यवसाय                                                                                                     |                                                                                                       | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                                                      |                |                                                                                            |
| TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000/-<br>कुल वार्षिक आय                                                                         |                                                                                                       | (Attach Proof of Income)<br>(आय का दस्तावेज संलग्न करें)                                                                                                      |                |                                                                                            |
| PAN No. <u>स्वास्थ्य खाता संख्या</u>                                                                                                  |                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाखल करते हैं? (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)  |                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
| 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 सम्बन्ध                                            |
| 1.                                                                                                                                    | RANJIT RAY                                                                                            | 62                                                                                                                                                            | M              | SELF                                                                                       |
| 2.                                                                                                                                    | ISLSWANTI RAY                                                                                         | 30                                                                                                                                                            | M              | SON                                                                                        |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विवक्षित आधार                                        |                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के 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>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण                                                                                              |                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विवक्षित उद्देश्य:                                                       |                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>रक्तपत्रिका/प्रातिपत्रिका से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
| 1.                                                                                                                                    | DIAGNOSIS — CATARACT — RE                                                                             |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
| 2.                                                                                                                                    | SURGERY — RE (NICs + IOL)                                                                             |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है? |                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                             | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि                                                                                                       |                |                                                                                            |
|                                                                                                                                       |                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
|                                                                                                                                       |                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |
|                                                                                                                                       |                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                |                                                                                            |

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

- 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 कहना चाहूँ कि इस प्रश्न में दिनेश ने अपनी विवाह की जानकारी को अनुरोध प्राप्त नहीं है। यदि कोई विवाह एवं कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी उपायवाहिका नहीं आ सकती है।

2) श्री. प्रम. जी. बालासाहू: "कॉलोना फायनोशन", जो एबी जे. एडी है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भंडारण है।

3) मैं दुर्लभ करता हूँ कि जिस आदमी ने मुझे यह प्रश्न पूछा है, उस पर एलि का अविचार या संकलन प्रियतम बिना अन्य प्रोटोप्रीमिक/बोस कम्पनी से न हो सिया है और न ही एलिज में होता।

AGREEMENT by APPLICANT (30446 270 4604)

- 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 प्रश्न या अपने हस्ताक्षर या अर्पण को आप समझते हैं, (अन्यथा) अपने हस्ताक्षर को पुनः करते हैं एवं "कौटिल्य का आदर्शन और उसके मूल्यों" को अधिकृत करते हैं कि वेग नम, जहाँ, कौटिल्य और के विधान इस प्रश्न में संलग्न हैं, उसे "कौटिल्य" एवं मूल्यों, राज, समझते हुए उद्देश्य से मुझे संविधानों और वस्तुस्थितियों के विषय किन्हीं से प्रसार सम्पन्न के माध्यम द्वारा के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विधान में प्रश्न के प्रती या कर में करने के लिए "कौटिल्य का आदर्शन" में मूल्यों अधिकृत है।

2) मैं (अवलोकन) इस बात से सहमत हूँ कि गैर जाण, पाण, फेरी और विमानों में कि सहायता में उद्धारों से प्रार्थित हैं जुद्ध सतत: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "पेरिआ" एवम् उसके भविष्यों का निर्णय अतिशय और सम्भवतः होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपने नाम के साथ अपना पता लिखें



AGREEMENT by HOSPITAL (HUGHES 100 000)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

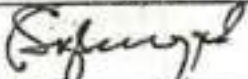
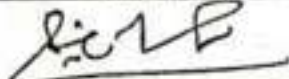
इससे स्पष्ट है, इसलिए भी उसे "अंतरिक्ष यात्री" के बजाय "अंतरिक्ष यात्री" के रूप में जाना जाता है, जिसे हम (अंतरिक्ष) में जाने के लिए जाना जाता है।

1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिक में निहित सार्वजनिक किसी भी शासकी संस्थान या किसी अन्य निकाय से उक्त लेटर/पत्राले में लेने या तो लेने हैं, जैसे कि इनमें "भौतिक फाइलिंग" से विपरीत/विपरीत उक्त के सम्बन्ध में "भौतिक फाइलिंग" द्वारा गहरा है। यदि "भौतिक फाइलिंग" द्वारा सहायता विधि अधिकतम/समस्त हेतु प्रचुर नहीं किया जाता है तो आवश्यक किसी अन्य गैर सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आवश्यक दिवसीय पर उक्त लेटर/पत्राले हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से नहीं सहायता/लेने।

[illegible]

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सर्वीक्षणी के लिए संयुक्ति

|                                                                                     |                                                                                                                                          |                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अस्त्रोपचार की तारीख<br><b>26/12/2019</b>                        | Dr. Hari Shankar Negi<br>MBBS, MSc (OPHTH)<br>Retired Surgeon<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्तगत अधिकृत अधिकारी |
| FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तर्गत उपयोग हेतु                     |                                                                                                                                          |                                                                                                                |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>भरोसा रखने वाला 1                                         |                                                                                                                                          | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>भरोसा रखने वाला 2                                                                    |
|  |                                                                                                                                          |                            |