

| <b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b><br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                   |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                 |                | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building Block of Life.</small> |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| APPLICATION No.: K/1719/2155                                                                                                          |                                                                                              | APPLICATION DATE: 26/12/2019                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| NAME OF APPLICANT: MATSAN BIBI                                                                                                        |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष                                                                                                 | SEX लिंग       |                                                                                                                                                               |                                        |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHERMA                                                                                                        |                                                                                              | 96                                                                                                                 | F              |                                                                                                                                                               |                                        |
| <b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS</b> वर्तमान आवास का पता                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| 55 COMETES GHAT ROAD, HOWRAH FULLA,                                                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| WEST BENGAL                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:</b> स्थायी आवासीय पता                                                                                 |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| — AS ABOVE —                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| OCCUPATION: HOMEMAKER                                                                                                                 | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                     |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 X 12 = 19200/-                                                                                           | (Attach Proof of Income)<br>(आप का सक्षम संलग्न)                                             |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| PAN No. स्वयं छात्रा संख्या                                                                                                           | ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं           |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| <b>FAMILY DETAILS</b> 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.                                                                                                                                    | MATSAN BIBI                                                                                  | 96                                                                                                                 | F              | SELF                                                                                                                                                          |                                        |
| 2.                                                                                                                                    | MABAYRA AIT                                                                                  | 51                                                                                                                 | F              | SON                                                                                                                                                           |                                        |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| <b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE</b> (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए निम्नलिखित आधार                                |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे आपका घर<br>(प्रमाण पर की जाये प्रति संलग्न करें।)                                |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पर की जाये प्रति संलग्न करें।) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>रशनकार्ड कार्ड<br>(प्रमाण पर की जाये प्रति संलग्न करें।)                                                                      | Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत |
| <b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b><br>सहायता हेतु किसे मदद मिलनी का उद्देश्य:                                                |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई अतिथिपत्र सूची संलग्न |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| 1.                                                                                                                                    | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                    |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| 2.                                                                                                                                    | SURGERY - RE (SIC + IOL)                                                                     |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| ASSISTANCE BEING AVAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                    |                | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIRED<br>ली गई सहायता राशि                                                                                                       |                                        |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                               |                                        |

**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 सत्य अथवा असत्य साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं यह है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रत्येक की नहीं हूँ, उस राशि का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले 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 its Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सम्पत्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सके बिना मेरी स्वीकृति के। मेरे द्वारा या विवरण मेरे द्वारा के पत्रों या करार में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उद्देश्य के लिये निर्णय अधिकार और सम्पत्ति होगी।

**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 & except 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) अपने प्रचार से अन्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त की जायेगी या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता लेने या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रारंभ उक्त रोगी/रोगी हेतु सहायता के लिये और "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता के लिये सिफारिश करती हूँ। उद्देश्य पर हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या बिना मेरे स्वीकार/स्वीकार का प्रस्ताव लेने एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये हस्पताल में उद्देश्य के द्वारा प्राप्त और अपने करने की सभी जिम्मेदारियाँ लेने एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिये संस्तुति

|                                                  |                                                                                                                              |                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>26/12/2019 | Dr. Hari Shankar Singh<br>MBBS, MS (Genl)<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>Surgical Officer, Govt. Hospital, Patna | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>Centre<br>जम या पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                              |                                              |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2 |
|                                              |                                              |