

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                              |                                                                                              | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                             |                | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life.</small> |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: <b>11/1210/2792</b>                                                                         |                                                                                              | APPLICATION DATE: <b>27/12/2019</b>                                                                            |                |                                                                                                                                                               |  |
| NAME of APPLICANT: <b>BALIKA BERA</b>                                                                        |                                                                                              | AGE-YEARS: <b>75</b>                                                                                           | SEX: <b>F</b>  |                                                                                                                                                               |  |
| FATHER/SPOUSE'S NAME: <b>BHIM BERA</b>                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                |                |                                                                                                                                                               |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <b>RIGHTA PAD SARBERIA, AGARHATI, SANDESHKHA</b>                                  |                                                                                              |                                                                                                                |                |                                                                                                                                                               |  |
| <b>11, NORTH 24 PARGANAS 743329, WEST BENGAL</b>                                                             |                                                                                              |                                                                                                                |                |                                                                                                                                                               |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <b>AS ABOVE</b>                                                                 |                                                                                              |                                                                                                                |                |                                                                                                                                                               |  |
| OCCUPATION: <b>HOME MAKER</b>                                                                                |                                                                                              | MARRIED (निम्नलिखित) / UNMARRIED (अनिम्नलिखित)                                                                 |                |                                                                                                                                                               |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: <b>RS 1000 X 12 = 12000</b>                                                             |                                                                                              | (Attach Proof of Income)                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| FAN No. <b>सर्वाई खाता संख्या</b>                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                |                |                                                                                                                                                               |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):                                               |                                                                                              | Yes / No                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| यदि आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):                                                |                                                                                              | हाँ / नहीं                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |  |
| 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                                                                                                            | <b>BALIKA BERA</b>                                                                           | <b>75</b>                                                                                                      | <b>F</b>       | <b>SELF</b>                                                                                                                                                   |  |
| 2                                                                                                            | <b>KAJAL HANNA</b>                                                                           | <b>38</b>                                                                                                      | <b>F</b>       | <b>DAUGHTER</b>                                                                                                                                               |  |
| 3                                                                                                            | <b>JOYDIP HAN BERA</b>                                                                       | <b>40</b>                                                                                                      | <b>M</b>       | <b>SON</b>                                                                                                                                                    |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                                               |                                                                                              |                                                                                                                |                |                                                                                                                                                               |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे आय का प्रमाण पत्र<br>(आय पत्र को साथ में प्रस्तुत करें) |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(आय पत्र को साथ में प्रस्तुत करें) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(आय पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)                                                                          |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                |                |                                                                                                                                                               |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                |                |                                                                                                                                                               |  |
| सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                |                |                                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                       | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूषी संलग्न |                                                                                                                |                |                                                                                                                                                               |  |
| 1.                                                                                                           | <b>DIAGNOSIS — CATARACT — LE</b>                                                             |                                                                                                                |                |                                                                                                                                                               |  |
| 2.                                                                                                           | <b>SURGERY — (EYES + IOL)</b>                                                                |                                                                                                                |                |                                                                                                                                                               |  |
| 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.<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 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मेरी द्वारा जो सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में नहीं।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)**

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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक पत्र पर हस्ताक्षर करके "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, साप्ताहिक दूरदर्शन से मुझे प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास से प्रयत्न करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के पत्र में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रसारित अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के लिये अंतिम और अंतिमकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिये "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 सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से वकालत/प्रक्रिया में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रदान हेतु पत्र नहीं दिया जाता है तो हमसबल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थता द्वितीय पत्र वकालत/प्रक्रिया हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं हो सकती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई प्रक्रिया या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर ने रोगी के हस्ताक्षर द्वारा और अपने जाने की सही विवेचना रोगी एवं हस्ताक्षर की ओर और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                              |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>अपरेशन की तारीख</p> <p>27/12/2019</p> | <p>Dr. Hari Sankar Nag<br/>MDBB (OPHTH)<br/>Reg. No. 3655</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p> <p>हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> | <p>Signature</p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पद 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> |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|