

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                                                                                             |                                                                                             | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                 |                | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life.</small>           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: K/1219/2836<br>आवेदन संख्या:                                                                                                                                                                               |                                                                                             | APPLICATION DATE: 28/12/2019<br>आवेदन तिथि                                                                         |                |   |  |
| NAME of APPLICANT: JIBAN BASU<br>आवेदक का नाम                                                                                                                                                                               |                                                                                             | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>75                                                                                           | SEX लिंग<br>M  |                                                                                                                                                                         |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ANVULA RATAN BASU<br>पिता/कटुम्ब का नाम                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>DESHAJAYA, NORTH 24 PARAGANAS 743424, 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)<br><input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>         |                |   |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 X 12 = 19200/-<br>कुल वार्षिक आय                                                                                                                                                               |                                                                                             | (Attach Proof of Income)<br>(आय का दस्तावेज प्रस्तुत करें)                                                         |                |                                                                                                                                                                         |  |
| PAN No. <u>XXXXXX</u><br>पैन संख्या                                                                                                                                                                                         |                                                                                             |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर गंभीरता से चिह्नित करें)<br>Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |                                                                                             |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |  |
| 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.                                                                                                                                                                                                                          | JIBAN BASU                                                                                  | 75                                                                                                                 | M              | SELF                                                                                                                                                                    |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                                          | ANVULA BASU                                                                                 | 38                                                                                                                 | M              | SON                                                                                                                                                                     |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनियम आधार                                                                                                                                |                                                                                             |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)                                                                                                                |                                                                                             | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)                                                                               |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत                                                                                                                                                                                      |                                                                                             |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:                                                                                                                                            |                                                                                             |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                                      | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |  |
| 1.                                                                                                                                                                                                                          | DIAGNOSIS — CATARACT — RE                                                                   |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                                          | SURGERY — RET (VCC + IOL)                                                                   |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED<br>तो गई सहायता राशि                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |  |

**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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस ओर सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से ही ले रहा हूँ, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस दान का कोशिका या सहायक विभाग किसी अन्य फोन्ड/निर्देशक/बोर्ड/कम्पनी से या जो सहायता है और न ही अधिकारी से होगा।

**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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा दान, प्रचार/प्रचार के माध्यम से मेरी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, मुझे सहायता का हक्क नहीं देता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा दान के निर्णय और सहायता का निर्णय।

**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 & 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से वही सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माया हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से वही सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। इस पुष्टि के माध्यम से हमारा मत है कि सहायता सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से सहायता हेतु किया है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा मेरी या सहायता के लिये मेरी उद्देश्य की पूर्ति का चुनाव मेरी या हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से सहायता हेतु किया है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                  |                                                                         |                                                                                                              |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>28/12/2019 | (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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