

| 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. : <b>K/1219/2869</b><br>आवेदन संख्या :                                                                                        |                                                                                                | APPLICATION DATE : <b>30/12/2019</b><br>आवेदन तिथि                                                                  |                      |                                                                                                                                                               |  |
| NAME of APPLICANT : <b>BABUL MALLICK</b><br>आवेदक का नाम                                                                                      |                                                                                                | AGE-YEARS <b>78</b><br>वर्ष-वर्ष                                                                                    | SEX <b>M</b><br>लिंग |                                                                                                                                                               |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <b>PRAJAP MALLICK</b><br>पिता/सहोदर का नाम                                                                           |                                                                                                |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <b>KAZIPARA, NORTH 24 PARAGANAS, 708125, WEST BENGAL</b><br>वर्तमान आवासीय पता                                    |                                                                                                |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <b>AS ABOVE</b><br>स्थायी आवासीय पता                                                                            |                                                                                                |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |
| OCCUPATION : <b>UNEMPLOYED</b><br>व्यवसाय                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                                                     |                      | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                                                      |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME : <b>RS 15000 X 12 = 180000</b><br>कुल वार्षिक आय                                                                         |                                                                                                |                                                                                                                     |                      | (Attach Proof of Income)<br>(आय का सबूत संलग्न करें)                                                                                                          |  |
| PAN No. <b>XXXX XXXX</b>                                                                                                                      |                                                                                                |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 से क्या सम्बन्ध                                                                                                              |  |
| 1.                                                                                                                                            | <b>BABUL MALLICK</b>                                                                           | <b>78</b>                                                                                                           | <b>M</b>             | <b>SELF</b>                                                                                                                                                   |  |
| 2.                                                                                                                                            | <b>PRAJAP MALLICK</b>                                                                          | <b>38</b>                                                                                                           | <b>M</b>             | <b>SON</b>                                                                                                                                                    |  |
| 3.                                                                                                                                            | <b>KANAR MALLICK</b>                                                                           | <b>70</b>                                                                                                           | <b>F</b>             | <b>WIFE</b>                                                                                                                                                   |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधि 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>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                      | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                      |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण                                                                                                      |                                                                                                |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु दिने गए विवरण का उद्देश्य:                                                                |                                                                                                |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                        | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियाएं सूची संलग्न |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |
| 1.                                                                                                                                            | <b>DIAGNOSIS — CATARACT — LE</b>                                                               |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |
| 2.                                                                                                                                            | <b>SURGERY — LE (SUCCS + TOL)</b>                                                              |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त किया गया है? |                                                                                                |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                        | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                      | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>हो गई सहायता राशि                                                             |                      |                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                               |                                                                                                |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                               |                                                                                                |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                               |                                                                                                |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                               |                                                                                                |                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                               |  |



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

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा सहायता सच या सही है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त करूँगा, जिसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो शिवा है और न ही शिवा में हूँ।

**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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छावनी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" दान, न्याय, रक्षा, सामाजिक दुरुपयोग से मुक्ति, शिक्षा/स्वास्थ्य और उपस्थिति के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के पक्ष या पक्ष में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्याय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित नहीं कर सकते। सहायता का इकाई नहीं बदलता। इस संबंध में "कोशिका" दान/रक्षा/न्याय/स्वास्थ्य और सामाजिक दुरुपयोग।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली 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 & 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सच या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये माँगा गया है, जहाँ "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरही अधिकृत/सहायता हेतु माँगा नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेता/लेती।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या बिना मेरे उपचार/स्वास्थ्य का सुयोग्य हेतु एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सही विनियमों हेतु एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                              |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>30/12/2019</p> | <p>Dr. K. Ghosh<br/>MBBS, D.O. (Gen. Med.)<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>Susrut चिकित्सक का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> | <p>Sanjay Bagchi<br/>Director<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

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