

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                     |                                        | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)               |                                    | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                  |  |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No. : K/0120/3017                                       |                                        | APPLICATION DATE : 4/1/2020               |                                    |  |  |
| NAME of APPLICANT : NILA HALDER                                     |                                        | AGE-YEARS : 64                            |                                    | SEX : F                                                                             |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JITEN HALDER                               |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MAHIMA PURBA, GOPALPUR, HARSA, NORTH 24 |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE                              |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| OCCUPATION : HOME MAKER                                             |                                        | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  |                                    |                                                                                     |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME : RS 19000 X 12 = 228000                        |                                        | (Attach Proof of Income)                  |                                    |                                                                                     |  |
| PAN No. : [Blank]                                                   |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):      |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| Yes / No                                                            |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| FAMILY DETAILS                                                      |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| Sr. No.                                                             | Name of Family Member                  | Age (Years)                               | Gender                             | Relation with Applicant                                                             |  |
| 1.                                                                  | NILA HALDER                            | 64                                        | F                                  | SELF                                                                                |  |
| 2.                                                                  | MADHAB HALDER                          | 31                                        | M                                  | SON                                                                                 |  |
| 3.                                                                  | SANAT HALDER                           | 35                                        | M                                  | SON                                                                                 |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)      |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| EPL Card (Attach Card Copy)                                         |                                        | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) |                                    | Ration Card (Attach Copy)                                                           |  |
| Any Other Basis/Proof                                               |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| Medical Reports/Prescriptions Attached                              |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| Sr. No.                                                             | Medical Reports/Prescriptions Attached |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| 1.                                                                  | DIAGNOSIS — CATARACT — IE              |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| 2.                                                                  | SURGERY — (E (SICS + IOL))             |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES      |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
| Sr. No.                                                             | NAME of OTHER SOURCE                   |                                           | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED |                                                                                     |  |
|                                                                     |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
|                                                                     |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
|                                                                     |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |
|                                                                     |                                        |                                           |                                    |                                                                                     |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा:**

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कमतर अवश्य बताना है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से रही न रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पर्यटन है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भेजा है, इस दवा की अधिकतम या कमतम विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/post-up/republish 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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (आवेदनक) यहाँ पर सहमत हो पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, दूर, साक्षात्/दूर प्रकाशित से मुझे प्रतिक्रियाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रचार से प्रभावित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रारूप का विवरण में इसमें से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे ज्ञात: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित प्रतिक्रियाओं का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 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 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 समझौते की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।
- 1) पर कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरा/आंशिक रूप से लेने या ले रही हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिक्रिया प्राप्त करने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारूप हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रतिक्रिया अंतिम/अस्वीकार्य हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय प्रारूप तथा पूरा/आंशिक हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या जिसे मैंने उपलब्ध/अस्वीकार्य का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में उपरी के हस्तान्तरण प्रारूप और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ उपरी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                |                                                                                                                                    |                                                                                                                             |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>4/1/2020 | Dr. Nalinakshi Karan<br>MD, MS, DNB<br>Reg. No. - 63729<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप | Signature<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अंतर्गत उपयोग हेतु

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