

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE                                                                    |                                                | (Healthcare)                                                     |                                                                            | <br>Koshika foundation |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                          |                                                | (स्वास्थ्य देखभाल)                                               |                                                                            |                                                                                                           |  |
| APPLICATION No. : W/0120/3020                                                                      |                                                | APPLICATION DATE : 4/1/2020                                      |                                                                            |                        |  |
| NAME of APPLICANT : DIDAR MANOAL                                                                   |                                                | AGE-YEARS आयु-वर्ष                                               | SEX लिंग                                                                   |                                                                                                           |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : AKKAL MANOAL                                                              |                                                | 71                                                               | M                                                                          |                                                                                                           |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 34/100, TYANTRA, NEURA, GHAGLA, NORTH-24 PARAGANAS 743422, WEST BENGAL |                                                |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE                                                             |                                                |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
| OCCUPATION : UNEMPLOYED                                                                            |                                                | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                         |                                                                            |                                                                                                           |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000X12=24000                                                             |                                                | (Attach Proof of Income)                                         |                                                                            |                                                                                                           |  |
| PAN No. : [Blank]                                                                                  |                                                | (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)                                     |                                                                            |                                                                                                           |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):                                     |                                                | Yes / No                                                         |                                                                            |                                                                                                           |  |
| क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)                                     |                                                | हां / नहीं                                                       |                                                                            |                                                                                                           |  |
| FAMILY DETAILS : परिवार विवरण                                                                      |                                                |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
| Sr. No. क्रम संख्या                                                                                | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years) उम्र (वर्ष)                                          | Gender लिंग                                                                | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध                                                              |  |
| 1.                                                                                                 | DIDAR MANOAL                                   | 71                                                               | M                                                                          | SELF                                                                                                      |  |
| 2.                                                                                                 | KAMEN MANOAL                                   | 40                                                               | M                                                                          | SON                                                                                                       |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                                     |                                                |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
| BPL Card (Attach Card Copy)                                                                        |                                                | EWS Certificate (Attach Certificate Copy)                        |                                                                            | Ration Card (Attach Copy)                                                                                 |  |
| गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                             |                                                | अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                                            | उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                     |  |
| Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण                                                              |                                                |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                                               |                                                |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
| सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित कार्य:                                                             |                                                |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
| Sr. No. क्रम संख्या                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached         |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
| 1.                                                                                                 | DIAGNOSIS — CATARACT — RE                      |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
| 2.                                                                                                 | SURGERY — RE (GLAUCOMA)                        |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                                     |                                                |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
| इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किये गये अन्य स्रोतों से प्राप्त हुई है?                       |                                                |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
| Sr. No. क्रम संख्या                                                                                | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम         |                                                                  | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इसी उद्देश्य के लिए प्राप्त सहायता राशि |                                                                                                           |  |
|                                                                                                    |                                                |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
|                                                                                                    |                                                |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |
|                                                                                                    |                                                |                                                                  |                                                                            |                                                                                                           |  |



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन/आपदा सत्य बात है तो मेरी प्रार्थना निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पद प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना से पूर्व या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही योग्यता है।

**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/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए मेरी छवि और मेरे विवरणों को अपने किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी भी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना प्रार्थना के उद्देश्यों से प्रसारित है। इस प्रकार: प्रार्थना का हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप। इस प्रश्न में "कोशिका" द्वारा प्रसारित या प्रसारित किया जाएगा और प्रसारित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :  
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप



**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.
- हस्पताल अधिकृत, इस प्रकार की और से आवेदनकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रूप में प्रार्थना या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जो हमें या हमें से है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना या "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु प्रार्थना की जाती है तो हमारे बिना अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी। इस प्रकार हमें या हमें से है कि हमारे द्वारा सिफारिश प्रदान करने के बिना प्रार्थना हेतु प्रदान की जाती है।
  2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। प्रार्थना पर हमारे द्वारा प्रदान की गई मदद या बिना प्रार्थना/प्रक्रिया का प्रभाव देती है। हमारे द्वारा प्रदान की गई मदद और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद प्रदान की जाती है। इस प्रकार हमें प्रार्थना के बिना प्रदान की गई मदद और "कोशिका" को कोई भी प्रकृति या प्रकृति प्रदान की जाती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्तुति**

|                                                |                                                                                                                                        |                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>4/1/2020 | Dr. Nalinakshi Karan<br>MBBS, DGO, DNB<br>RNO No. 1279<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या छाप | Shib Sanyal<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>हस्ताक्षर या नाम या हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**

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