

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                                                           |                                                                                             | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                    |                | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building blocks of life</small> |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: <b>K/0120/3111</b>                                                                                                                                                       |                                                                                             | APPLICATION DATE: <b>7/1/2020</b>                                                                     |                |                                                                                                                                                               |  |
| NAME of APPLICANT: <b>REKHA MUKHERJEE</b>                                                                                                                                                 |                                                                                             | AGE-YEARS: <b>79</b>                                                                                  | SEX: <b>F</b>  |                                                                                                                                                               |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <b>NANDA DULAL CHAKRABORTY</b>                                                                                                                                    |                                                                                             |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <b>SHORAHAT PURSA PARA, HAORA THIRSOI, WEST BENGAL</b>                                                                                                         |                                                                                             |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <b>AS ABOVE</b>                                                                                                                                              |                                                                                             |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| OCCUPATION: <b>HOME MAKER</b>                                                                                                                                                             |                                                                                             | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                              |                |                                                                                                                                                               |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: <b>RS 1900 X 12 = 22800</b>                                                                                                                                          |                                                                                             | (Attach Proof of Income)<br>(आप का आय प्रमाण)                                                         |                |                                                                                                                                                               |  |
| PAN No. <b>सर्व खाली छोड़ें</b>                                                                                                                                                           |                                                                                             |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>आप आय कर दाखल करते हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) <span style="float: right;">Yes / No<br/>हां / नहीं</span> |                                                                                             |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                                                               |                                                                                             |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                    | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम                                             | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                            | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                                                                                               |  |
| 1.                                                                                                                                                                                        | <b>REKHA MUKHERJEE</b>                                                                      | <b>79</b>                                                                                             | <b>F</b>       | <b>SELF</b>                                                                                                                                                   |  |
| 2.                                                                                                                                                                                        | <b>NATA MUKHERJEE</b>                                                                       | <b>51</b>                                                                                             | <b>M</b>       | <b>SON</b>                                                                                                                                                    |  |
| 3.                                                                                                                                                                                        | <b>DEBASIS MUKHERJEE</b>                                                                    | <b>45</b>                                                                                             | <b>M</b>       | <b>SON</b>                                                                                                                                                    |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए विनति आधार                                                                                                |                                                                                             |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे आय पर<br>(आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)                                                                                           |                                                                                             | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग आय पर<br>(आय पर की जांच प्रति संलग्न करें) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)                                                                            |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                                                                 |                                                                                             |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे खर्च विनती का उद्देश्य:                                                                                                          |                                                                                             |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                    | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| 1.                                                                                                                                                                                        | <b>DIAGNOSTICS — CATARACT — RE</b>                                                          |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| 2.                                                                                                                                                                                        | <b>SURGERY — RE (SICS + IOL)</b>                                                            |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?                                                     |                                                                                             |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                    | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED<br>सी गई सहायता राशि                                               |                |                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                           |                                                                                             |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                           |                                                                                             |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                           |                                                                                             |                                                                                                       |                |                                                                                                                                                               |  |



DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक छल सत्यतथ्य 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) वे धैर्यम कदा है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण से ही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग-अलग पाया जाता है तो पूरी साक्ष्य विचार की जा सकती है।
- 2) भौ-द्वय को साक्ष्यम एति "कौशिकम फलम्भेन", से ही न हो सके, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पर पाया है।
- 3) वे युक्ति कदा है कि जिस साक्ष्यम हेतु यह प्रश्न की गई है, उस एति का कौशिक या कदा विचार किसी अन्य धैर्यमिलेकम-यौध कथने से न हो शिवाय है और न ही एतिम न ही।

AGREEMENT by APPLICANT (update per unit)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

- [illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके वे बचत या अर्पण का निदान



AGREEMENT by HOSPITAL (TYPED OR PRINTED)

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:

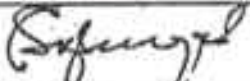
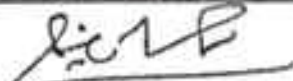
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

हवाई अड्डा, हवाईपट्टी को अंतर से सम्पले/रेली को "कोरिडोर कन्स्ट्रक्शन" से विभिन्न प्रकारका हेतु विचरित की जाती है, जिसे इन (इन्फ्रस्ट्रक्चर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही सर्वजन में विविध प्रकार का किसी भी प्रकार का योगदान या किसी अन्य प्रकार से उक्त लेख/प्रमाणों में होने या हो रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोई/किसी" के विभिन्न/विभिन्न रूपों के अन्वय में "कोई/किसी" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोई/किसी" द्वारा प्रमाणित विभिन्न/विभिन्न हेतु गहरा नहीं किया जाता है तो आवश्यकता किसी अन्य गैर-आवश्यक योगदान या किसी अन्य प्रकार से आवश्यक होने का अतिरिक्त सुनिश्चित प्रमाण है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि आवश्यकता विभिन्न रूपों उक्त लेख/प्रमाणों हेतु किसी गैर-आवश्यक योगदान या किसी अन्य प्रकार से नहीं लेना/लेना।
2. "कोई/किसी" के ही गैर-आवश्यक योगदान विभिन्न प्रकृति की है। लेखी या इच्छाएं द्वारा ही यह प्रमाण या विवेक गैर-आवश्यक/आवश्यक का भुगतान लेने एवं इच्छाएं के योगदान विवेक है और "कोई/किसी" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसविषय इच्छाओं में लेखी के इच्छा सुनिश्चित और अपने अपने की गैर-विनिश्चित लेखी एवं इच्छाओं की लेखी और "कोई/किसी" की कोई भी/किसी या विनिश्चित इस प्रकार में नहीं होती।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश के लिए संस्कृति

|                                                                                                                                     |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अस्वस्थता की तिथि<br>7/1/2020                                                                                    | Dr. Nalinakshi Karan<br>MBBS, MD, DNB<br>Reg. No. - 53729<br>(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)<br>स्वरूप की नाम व हस्ताक्षर व छाप  | Dr. Nalinakshi Karan<br>Director<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद सम्बन्धित अधिकृत अधिकारी |
| FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION                                                                                              |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यायी हस्ताक्षर 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यायी हस्ताक्षर 2<br> |                                                                                                                                                       |