

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                 |                       | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                    |         |                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------|
| APPLICATION No. : K/0120/3172                                                                                   |                       | APPLICATION DATE : 9/1/2020                                           |         |                                                |
| NAME of APPLICANT : KANAN SHAW                                                                                  |                       | AGE-YEARS : 63                                                        | SEX : F |                                                |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LAKHI SHAW                                                                             |                       |                                                                       |         |                                                |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : D N CHATTERJEE ROAD, AGARTALA, KAMARHATI, NORTH 24 PARGANAS 700058, WEST BENGAL     |                       |                                                                       |         |                                                |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE                                                                          |                       |                                                                       |         |                                                |
| OCCUPATION : HOME MAKER                                                                                         |                       | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                              |         |                                                |
| TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600 X 12 = 19200                                                                      |                       | (Attach Proof of Income)                                              |         |                                                |
| PAN No. : [Blank]                                                                                               |                       |                                                                       |         |                                                |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):                                                  |                       |                                                                       |         |                                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Yes / हाँ / गरी<br><input type="checkbox"/> No / नहीं / गरी                 |                       |                                                                       |         |                                                |
| FAMILY DETAILS                                                                                                  |                       |                                                                       |         |                                                |
| Sr. No.                                                                                                         | Name of Family Member | Age (Years)                                                           | Gender  | Relation with Applicant                        |
| 1.                                                                                                              | KANAN SHAW            | 63                                                                    | F       | SELF                                           |
| 2.                                                                                                              | RUPA SHAW             | 28                                                                    | F       | DAUGHTER                                       |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                                                  |                       |                                                                       |         |                                                |
| <input type="checkbox"/> BPL Card<br>(Attach Card Copy)                                                         |                       | <input type="checkbox"/> EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy) |         | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card<br>(Attach Card Copy)                                           |                       |                                                                       |         |                                                |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                                                            |                       |                                                                       |         |                                                |
| Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached<br>1. DISEGNOSIS - CATARACT - RF<br>2. SURGERY - RF (SICS + IOL) |                       |                                                                       |         |                                                |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                                                  |                       |                                                                       |         |                                                |
| Sr. No.                                                                                                         | NAME of OTHER SOURCE  | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                                    |         |                                                |
| 1.                                                                                                              |                       |                                                                       |         |                                                |
| 2.                                                                                                              |                       |                                                                       |         |                                                |

**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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य जाता है तो मेरी सहायता रिक्वास्ट को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं इस मदद के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रिफंड और न ही बीमा में लूटूंगा।

**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 प्रत्येक पर मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके आजीवनियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रकाशित हों। इसे "कोशिका" द्वारा, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी मदद का विवरण मेरी मदद के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाते। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा इसकी निर्णय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे 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 & 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.

- इससे अधिकृत, हमारा अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) स्वयं या किसी अन्य स्रोत से।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जैसा कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति अस्वीकार/प्राप्त नहीं की जाती है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होगी बिना किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद प्राप्त होगी, वित्तीय प्रकृति की होगी। हमस्पताल द्वारा जो भी सहायता मांगी जाएगी, वह स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाती। इसलिए हमस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य बातों की दृष्टि से हमस्पताल को कोई भी "कोशिका" को कोई भी अधिकार नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                            |                                                                                          |                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>9/1/2020</p> | <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p> | <p>(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/>आजीवनिय 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>आजीवनिय 2</p> |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|