## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
## सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या : K/0120/3299

APPLICATION DATE: आवेदन तिथी : 14/1/2020

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : HARADHAN PALIT

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 63

SEX लिंग: M



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम : PUNDARY PALIT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

ANDUL, HOWRAH 711302, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: व्यवसाय : UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय : RS 1800 X 12 = 21600/-

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाये) Yes / No हाँ / 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 से संबंध |
|---|---|---|---|---|
| 1. | HARADHAN PALIT | 63 | M | SELF |
| 2. | PRADIP PALIT | 28 | M | SON |
| 3. | MANJU PALIT | 54 | F | WIFE |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता की लिये विनति आधार

| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे) | Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार |
|---|---|---|---|
| | | | |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से प्राप्त की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---|---|
| 1. | DIAGNOSIS — CATARACT — RE |
| 2. | SURGERY — RE (SICS + IOL) |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी |
|---|---|---|
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) मेरे द्वारा यह सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", यदि ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण रिम्बर्स किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" एवम् उसकी, मौखिक, मुद्रण, इलेक्ट्रानिक सूचना प्रदेशन से जुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ये व्यक्ति अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है पूरी तरह: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और मान्यताही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को नीचे से मरीज/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसी इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहमत व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेंगे या लेते रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्धारित आंशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता द्वितीय भरण उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेंगे/लेगे।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इलाज के दौरान का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और बाद में होने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख | (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|---|---|---|
| 14/1/2020 | Dr. Nagesh Kant Karan<br>M.B.B.S. D.N.B.<br>Reg. No. - 53729<br>Surgical Oncologist<br>Cancer Care & Research Centre | Rajiv Sevak Bagchi<br>Director<br>Cancer Care & Research Centre |

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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