

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                |                           | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)               |                                    | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: K/0125/1661                                                                                                   |                           | APPLICATION DATE: 12/01/25                |                                    | <br>Building block of life. |  |
| NAME of APPLICANT: JOGGEESWAR DAS                                                                                              |                           | AGE-YEARS: 45                             |                                    |                                                                                                                |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: TAMBUL DAS                                                                                             |                           | SEX: M                                    |                                    |                                                                                                                |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KATHOR ROY PARA, BADU, NEAR CHALANTIKA CLUB, BADU, BARASAT-1, NORTH 24 PARGANAS 700128, WEST BENGAL |                           | PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE     |                                    |                                                                                                                |  |
| OCCUPATION: RICKSHAW PULLER                                                                                                    |                           | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  |                                    |                             |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60000                                                                                         |                           | (Attach Proof of Income)                  |                                    |                                                                                                                |  |
| PAN No. (आप का आय कर पहचान संख्या)                                                                                             |                           |                                           |                                    |                                                                                                                |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):                                                                 |                           | Yes / No                                  |                                    |                                                                                                                |  |
| FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)                                                                                                  |                           |                                           |                                    |                                                                                                                |  |
| Sr. No.                                                                                                                        | Name of Family Member     | Age (Years)                               | Gender                             | Relation with Applicant                                                                                        |  |
| 1.                                                                                                                             | JOGGEESWAR DAS            | 45                                        | M                                  | SELF                                                                                                           |  |
| 2.                                                                                                                             | GUNITRA DAS               | 40                                        | F                                  | WIFE                                                                                                           |  |
| 3.                                                                                                                             | BISWANIT DAS              | 16                                        | M                                  | SON                                                                                                            |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                                                                 |                           |                                           |                                    |                                                                                                                |  |
| BPL 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.                                                                                                                        | DIAGNOSIS - CATARACT - BE |                                           |                                    |                                                                                                                |  |
| 1.                                                                                                                             | SURGERY - BE (STOR + IOL) |                                           |                                    |                                                                                                                |  |
| 2.                                                                                                                             |                           |                                           |                                    |                                                                                                                |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                                                                 |                           |                                           |                                    |                                                                                                                |  |
| Sr. No.                                                                                                                        | NAME of OTHER SOURCE      |                                           | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED |                                                                                                                |  |
| 1.                                                                                                                             |                           |                                           |                                    |                                                                                                                |  |
| 2.                                                                                                                             |                           |                                           |                                    |                                                                                                                |  |
| 3.                                                                                                                             |                           |                                           |                                    |                                                                                                                |  |
| 4.                                                                                                                             |                           |                                           |                                    |                                                                                                                |  |
| 5.                                                                                                                             |                           |                                           |                                    |                                                                                                                |  |



**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात से गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद कर रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता लगाया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल हिसाब किसी अन्य सोर्स/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक 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/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपने सहजता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/य अन्य उद्देश्य से दुरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित हैं पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्शदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेनी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मर उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                               |                                                                               |                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>26/1/25 | <br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्पताल का लोगो व | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

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