

|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                                                                                              |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                  |                                                                                                           | <br>Koshika<br>Foundation<br>Building block of life. |  |
| APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0224/1251                                                                                                                                                                              |                                                                                              | APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 11/02/24                                                                            |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : GOPINATH BASAK                                                                                                                                                                         |                                                                                              | AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 79                                                                                           | SEX / लिंग : M                                                                                            |                                                                                                                                        |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम : TARAPADA BASAK                                                                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : 62/H/39 SATIN SEN SARANI, KANKURGACHI, KOLKATA 700054, WEST BENGAL                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता : — AS ABOVE —                                                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| OCCUPATION / व्यवसाय : SMALL SHOP                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                        |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 7500 x 12 = 90,000/-                                                                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                     | (Attach Proof of Income) / (आप का साक्ष्य संलग्न)                                                         |                                                                                                                                        |  |
| PAN No. / स्थाई खाता संख्या :                                                                                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगाएं) : Yes / No / हाँ / नहीं : <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| FAMILY DETAILS / परिवार विवरण                                                                                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                                    | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                            | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                          | Gender<br>लिंग                                                                                            | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध                                                                                         |  |
| 1.                                                                                                                                                                                                                        | GOPINATH BASAK                                                                               | 79                                                                                                                  | M                                                                                                         | SELF                                                                                                                                   |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                                        | BANTI BASAK                                                                                  | 62                                                                                                                  | F                                                                                                         | WIFE                                                                                                                                   |  |
| 3.                                                                                                                                                                                                                        | SUBHANKAR BASAK                                                                              | 40                                                                                                                  | M                                                                                                         | SON                                                                                                                                    |  |
| 4.                                                                                                                                                                                                                        | PRIYANKA BASAK                                                                               | 38                                                                                                                  | F                                                                                                         | DAUGHTER                                                                                                                               |  |
| 5.                                                                                                                                                                                                                        | SUNITA BASAK                                                                                 | 32                                                                                                                  | F                                                                                                         | DAUGHTER                                                                                                                               |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनंति आधार                                                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा की नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                                                               |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                                                                           | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                              |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:                                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                                    | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| 1.                                                                                                                                                                                                                        | DIAGNOSIS — CATARACT — RE                                                                    |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                                        | SURGERY — RE (SIOS + IOL)                                                                    |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                                    | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                     |                                                                                                           | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी                                                                                |  |

**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 प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कवर असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। इसका उपयोग किसी उद्देश्य को पूर्ण के बिना किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रस्ताव किया जा रहा है, इस राशि का अतिरिक्त या समकाल हिसाब किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**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 end/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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् त्रुस्टी, दान, वसुधा/का दुसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज की प्रगति या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रुस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् त्रुस्टी त्रुस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक को 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त-रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उका रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्णय उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/समकाल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेष मदद उका रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किए गये उपचार/उद्देश्य का सुझाव 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 सुझाव और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविगत या वित्तीय हेतु इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

11/02/24

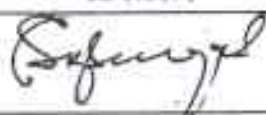
(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ न

**OPTIM ASSIST DAS**  
Senior Assistant  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
SANKARA CHETAN Hospital  
नाम व पद हस्ताक्षर के साथ अधिकारी)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
त्रुस्टी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
त्रुस्टी हस्ताक्षर 2
