

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                                                                        |                                                                                             |                                                                                                                                      |               | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                        |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| APPLICATION No. / आवेदन संख्या: <b>K/0224/1279</b>                                                                                                                                                     |                                                                                             |                                                                                                                                      |               | APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: <b>15/04/24</b>                                                            |                      |
| NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: <b>KANAKLATA KAYAL</b>                                                                                                                                               |                                                                                             |                                                                                                                                      |               | AGE-YEARS / आयु-वर्ष: <b>58</b>                                                                           | SEX / लिंग: <b>F</b> |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: <b>BIBAKAR KAYAL</b>                                                                                                                                       |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: <b>BAMANGHATA, HATGACHA, K.L.C. HATGACHA, SOUTH 24 PARGANAS 700059 WEST BENGAL</b>                                                                      |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई निवास पता: <b>— AS ABOVE —</b>                                                                                                                                     |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
| OCCUPATION / व्यवसाय: <b>HOUSE WIFE</b>                                                                                                                                                                |                                                                                             |                                                                                                                                      |               | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/>                             |                      |
| TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: <b>6000 x 12 = 72,000/-</b>                                                                                                                                      |                                                                                             |                                                                                                                                      |               | (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न करें)                                                    |                      |
| PAN No. / आयकर पहचान संख्या:                                                                                                                                                                           |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
| FAMILY DETAILS / परिवार विवरण                                                                                                                                                                          |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
| Sr. No. / क्रम संख्या                                                                                                                                                                                  | Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम                                              | Age (Years) / उम्र (वर्ष)                                                                                                            | Gender / लिंग | Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध                                                              |                      |
| 1.                                                                                                                                                                                                     | KANAKLATA KAYAL                                                                             | 58                                                                                                                                   | F             | SELF                                                                                                      |                      |
| 2.                                                                                                                                                                                                     | BIBAKAR KAYAL                                                                               | 69                                                                                                                                   | M             | HUSBAND                                                                                                   |                      |
| 3.                                                                                                                                                                                                     | CHANDAN KAYAL                                                                               | 32                                                                                                                                   | M             | SON                                                                                                       |                      |
| 4.                                                                                                                                                                                                     | PINKI KAYAL                                                                                 | 25                                                                                                                                   | F             | DAUGHTER                                                                                                  |                      |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए चिह्नित आधार:                                                                                                          |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश: के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                         |                                                                                             | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)<br>आय-आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |               | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)<br>वितरण कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                      |
| <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                                                     |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE<br>सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:                                                                                                                      |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
| Sr. No. / क्रम संख्या                                                                                                                                                                                  | Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
| 1.                                                                                                                                                                                                     | DIAGNOSIS — CATARACT — RE                                                                   |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
| 2.                                                                                                                                                                                                     | SURGERY — RE (SICS + IOL)                                                                   |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?                                                                  |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
| Sr. No. / क्रम संख्या                                                                                                                                                                                  | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                                      |               | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि                                                    |                      |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                             |                                                                                                                                      |               |                                                                                                           |                      |



**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 प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविकता से भिन्न होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धारा किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह राशि को नहीं ले, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण निम्न किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले, लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कथन)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएन आरएल, राशी, पत्राचार या दूसरे माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वतंत्र अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उपलब्धता से प्रभावित है, मुझे, स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन आरएल न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा कथन)**

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त की जाएगी या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरा/आंशिक से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त या आंशिक/पूर्ण रूप से न मिलेगी, तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्षर उस स्रोत/सहायता हेतु किसी और स्रोत से सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" 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 फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज चुनने और अपने काम को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

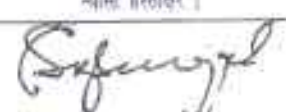
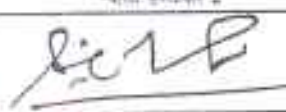
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>15/02/24 | <br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व इलाज संस्थान, 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**

आंतरिक उपयोग हेतु

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