

|                                                                                                          |                                           |                                                 |                       |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                          |                                           | Koshika<br>foundation<br>Building block of life |                       |                         |
| APPLICATION No. : K/0224/1325                                                                            |                                           | APPLICATION DATE : 25/02/24                     |                       |                         |
| NAME of APPLICANT : HARAMOHAN MAHAJAN                                                                    |                                           | AGE-YEARS : 82                                  | SEX : M               |                         |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NABIN MAHAJAN                                                                   |                                           |                                                 |                       |                         |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : PUKURIACHAR, DEULI PUKURIA, HINGALGANJ, NORTH 24 PARGANAS 743439 WEST BENGAL |                                           |                                                 |                       |                         |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE                                                                   |                                           |                                                 |                       |                         |
| OCCUPATION : UNEMPLOYED                                                                                  |                                           | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)        |                       |                         |
| TOTAL ANNUAL INCOME : 7000x12 = 84,000/-                                                                 |                                           | (Attach Proof of Income)                        |                       |                         |
| PAN No. : [Blank]                                                                                        |                                           |                                                 |                       |                         |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No                                  |                                           |                                                 |                       |                         |
| FAMILY DETAILS                                                                                           |                                           |                                                 |                       |                         |
| Sr. No.                                                                                                  | Name of Family Member                     | Age (Years)                                     | Gender                | Relation with Applicant |
| 1.                                                                                                       | HARAMOHAN MAHAJAN                         | 82                                              | M                     | SELF                    |
| 2.                                                                                                       | BINAPANT MAHAJAN                          | 70                                              | F                     | WIFE                    |
| 3.                                                                                                       | PREMANSHU MAHAJAN                         | 36                                              | M                     | SON                     |
| 4.                                                                                                       | GITA BARDYA                               | 56                                              | F                     | DAUGHTER                |
| 5.                                                                                                       | KABITA RABTA                              | 53                                              | F                     | DAUGHTER                |
| 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                                                                   |                                           |                                                 |                       |                         |
| 1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                             |                                           |                                                 |                       |                         |
| 2. SURGERY - RE (SIOS + IOL)                                                                             |                                           |                                                 |                       |                         |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES                                             |                                           |                                                 |                       |                         |
| NAME of OTHER SOURCE                                                                                     |                                           |                                                 |                       |                         |
| AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                                                                       |                                           |                                                 |                       |                         |



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर-**

- 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 got & 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 मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत/झूठे कथन अथवा दावा प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मेरी सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की जाती है, तो उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, इस राशि का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य प्राप्ति/पुनर्प्राप्ति/व्यापक/कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**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 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.

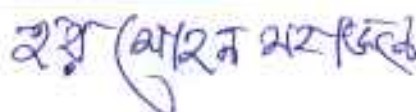
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में चर्चित है, उसे "कोशिका" द्वारा या तो, दान, धन/सहायता/दुर्लभ उपकरणों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज की प्रगति या काल में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता की उद्देश्यों से प्रसारित है, उसे स्वयं सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त चर्चित विवरणों का निर्माण और प्रसारित होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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, इसलिये कि हमारे द्वारा सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता किसी भी सकारात्मक कारणों से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्गों में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त की संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद से कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अनिच्छित/सकारण से सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सकारात्मक सहायता या किसी अन्य सकारण से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/मार्गों से कि कोई भी सकारात्मक सहायता या किसी अन्य सकारण से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली 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। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुनर्प्राप्ति या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

25/02/24

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ, नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

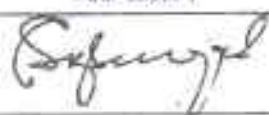
SANKAR KUMAR DAS

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

