

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                                       |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                  |                 | <b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building Block of life.</small>                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: K/0324/1354<br>आवेदन संख्या:                                                                                                                      |                                                                                              | APPLICATION DATE: 1/03/2024<br>आवेदन तिथि:                                                                          |                 |       |  |
| NAME OF APPLICANT: JAYANTA MUKHERJEE<br>आवेदक का नाम:                                                                                                              |                                                                                              | AGE/YEARS: 59<br>वर्ष:                                                                                              | SEX: M<br>लिंग: |                                                                                          |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DWARIK MUKHERJEE<br>पिता/हस्ताक्षर का नाम:                                                                                                 |                                                                                              |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 19/A.P.C BANERJEE ROAD DAKSHINE SWAR.<br>उत्पन्न आवास पता:                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
| NORTH 24 PARGANAS 700076 WEST BENGAL<br>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE —<br>स्थायी आवास पता:                                                              |                                                                                              |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
| OCCUPATION: SMALL SHOP<br>व्यवसाय:                                                                                                                                 |                                                                                              | MARRIED / UNMARRIED: [X] MARRIED [ ] UNMARRIED<br>(विवाहित) / (अविवाहित)                                            |                 |                                                                                          |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48,000/-<br>कुल वार्षिक आय:                                                                                                       |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य सलग्न करें)                                                              |                 |                                                                                          |  |
| PAN No.: [Blank]<br>आयदा नं.                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No [X] YES [ ] NO<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): हाँ / नहीं |                                                                                              |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
| 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 सम्बन्ध                                          |  |
| 1.                                                                                                                                                                 | JAYANTA MUKHERJEE                                                                            | 59                                                                                                                  | M               | SELF                                                                                     |  |
| 2.                                                                                                                                                                 | KARUNA MUKHERJEE                                                                             | 52                                                                                                                  | F               | WIFE                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                    | SWARUP MUKHERJEE                                                                             | 27                                                                                                                  | M               | SON                                                                                      |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए कितनी आधार                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के 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>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE<br>सहायता हेतु किसे मांगे किसी का उद्देश्य।                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                             | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
| 1.                                                                                                                                                                 | DIAGNOSIS — CATARACT — LE                                                                    |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
| 2.                                                                                                                                                                 | SURGERY — LE (SICS + IOL)                                                                    |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?                              |                                                                                              |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                             | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कौन सी सहायता मिली                                                            |                 |                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                 |                                                                                          |  |

**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 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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वास्तविकता सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रकरण में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया जा रहा है, उस पर भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न कोई भुगतान किया जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

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

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में उल्लेखित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक, दान, वास्तविकता वगैरह के माध्यम से सार्वजनिक रूप से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। इस प्रकरण का उद्देश्य मेरे इलाज के खर्च को पूरा करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करना है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रसारित करने के लिये मेरी सहायता का अधिकार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त निर्णय को अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :  
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

*Sankarajyoti Das*

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

- 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, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी प्रकार से वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता के माध्यम से प्राप्त करने का प्रयास नहीं करेंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हम हस्पताल किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हस्पताल द्वारा ही होना चाहिए और 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 को इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्तुति**

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

1/03/2024

*Dr. Subash Das*

M.B.B.S M.D.  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ

*OPTIOM ANJALI DAS*

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
SANKARAJYOTI DAS  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी)

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामो हस्ताक्षर 1

*Sankarajyoti Das*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामो हस्ताक्षर 2

*Sankarajyoti Das*