

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                                                                       |                                                                                              | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                  |                    |                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| APPLICATION No. / आवेदन संख्या: <b>K/0324/1488</b>                                                                                                                                                    |                                                                                              | APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: <b>21/3/24</b>                                                                      |                    |                                                                                          |
| NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: <b>PADMAJAN BIBI</b>                                                                                                                                               |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष: <b>58</b>                                                                                       | SEX लिंग: <b>F</b> |                                                                                          |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/कटुम्भ का नाम: <b>KHORSED</b>                                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                    |                                                                                          |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासस्थान पता: <b>BARUIPUR, SOUTH-24 PARGANAS, WEST BENGAL</b>                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                     |                    |                                                                                          |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासस्थान पता: <b>AS ABOVE</b>                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                     |                    |                                                                                          |
| OCCUPATION: / व्यवसाय: <b>TEA STALL</b>                                                                                                                                                               |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>              |                    |                                                                                          |
| TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: <b>3500 X 12 = 42000</b>                                                                                                                                       |                                                                                              | (Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)                                                             |                    |                                                                                          |
| PAN No. / पैन संख्या: <b>XXXXXX</b>                                                                                                                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                     |                    |                                                                                          |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर देता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No <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 सम्बन्ध                                          |
| 1.                                                                                                                                                                                                    | PADMAJAN BIBI                                                                                | 58                                                                                                                  | F                  | SELF                                                                                     |
| 2.                                                                                                                                                                                                    | KHORSED SAHAI                                                                                | 62                                                                                                                  | M                  | HUSBAND                                                                                  |
| 3.                                                                                                                                                                                                    | SEKH IMAN ALI                                                                                | 46                                                                                                                  | M                  | SON                                                                                      |
| 4.                                                                                                                                                                                                    | SEKH AYUB ALI                                                                                | 42                                                                                                                  | M                  | SON                                                                                      |
| 5.                                                                                                                                                                                                    | SEKH FARAJ                                                                                   | 39                                                                                                                  | M                  | SON                                                                                      |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये चिह्नित आधार:                                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                     |                    |                                                                                          |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)                                                                                           |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) |                    | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोगता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                    |                                                                                          |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये चिन्तों 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+POL)                                                                    |                                                                                                                     |                    |                                                                                          |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?                                                                |                                                                                              |                                                                                                                     |                    |                                                                                          |
| 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 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 प्रकरण 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 निम्न को वापस कर दी जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन" में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या स्वतन्त्र रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, पत्र, याचना या दूसरे उद्देश्य से मुझे पत्रिका/चित्रों और उल्लेखियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर को रखने या बदलने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठों 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.
- इससे अधिकृत, हस्पताल 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 भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होने हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या निर्णय एवं 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 चुनक और जाने जाने को स्वतंत्र विनिर्देशों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

21/3/24

Dr. Sankar Das  
M.D.S. M.S.  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

OPTOM ANKANTI DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
SANKARA HOSPITAL & INSTITUTE  
जुम व जे हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2