

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                        |                                                                                                                          | (स्वास्थ्य हेतु सहायता)                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>APPLICATION No.:</b> K/0424/0056<br><b>आवेदन संख्या:</b>                                                                                            |                                                                                                                          | <b>APPLICATION DATE:</b> 12.04.24<br><b>आवेदन तिथि:</b>                                                                     |                                                                       |                                                                                                    |
| <b>NAME of APPLICANT:</b> NANI GOPAL SEAL<br><b>आवेदक का नाम:</b>                                                                                      |                                                                                                                          | <b>AGE-YEARS:</b> 70<br><b>वयस-वर्ष:</b>                                                                                    | <b>SEX:</b> M<br><b>लिंग:</b>                                         |                                                                                                    |
| <b>FATHER/HUSBAND'S NAME:</b> LATE SURYA KANTA SEAL<br><b>पिता/पति का नाम:</b>                                                                         |                                                                                                                          |                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                    |
| <b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS:</b> NABAJIBAN COLONY, GISHARPADA, NORTH DUMDUM (M), NORTH 24 PARAGANAS 700051, WEST BENGAL<br><b>वर्तमान आवासीय पता:</b> |                                                                                                                          |                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                    |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:</b> AS ABOVE<br><b>स्थायी आवासीय पता:</b>                                                                              |                                                                                                                          |                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                    |
| <b>OCCUPATION:</b> TEA SELLER<br><b>व्यवसाय:</b>                                                                                                       |                                                                                                                          | <b>MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):</b>                                                                            |                                                                       |                                                                                                    |
| <b>TOTAL ANNUAL INCOME:</b> 2000 x 12 = 24000<br><b>कुल वार्षिक आय:</b>                                                                                |                                                                                                                          | <b>(Attach Proof of Income):</b><br><b>(आय का साक्ष्य संलग्न करें):</b>                                                     |                                                                       |                                                                                                    |
| <b>PAN No. (आवेदक का):</b>                                                                                                                             |                                                                                                                          |                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                    |
| <b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):</b><br><b>क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):</b>          |                                                                                                                          |                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                    |
| <b>FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)</b>                                                                                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                    |
| 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 से संबंध                                                          |
| 1.                                                                                                                                                     | NANI GOPAL SEAL                                                                                                          | 70                                                                                                                          | M                                                                     | SELF                                                                                               |
| 2.                                                                                                                                                     | LATONI SEAL                                                                                                              | 61                                                                                                                          | F                                                                     | WIFE                                                                                               |
| 3.                                                                                                                                                     | BIPANKAR SEAL                                                                                                            | 34                                                                                                                          | M                                                                     | SON                                                                                                |
| 4.                                                                                                                                                     | PRABANTA SEAL                                                                                                            | 29                                                                                                                          | M                                                                     | SON                                                                                                |
| <b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):</b><br><b>सहायता के लिये विनति आधार:</b>                                            |                                                                                                                          |                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                    |
| <b>BPL Card (Attach Card Copy)</b><br><b>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें):</b>                                    |                                                                                                                          | <b>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</b><br><b>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें):</b> |                                                                       | <b>Ration Card (Attach Copy)</b><br><b>उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें):</b> |
| <b>Any Other Basis/Proof</b><br><b>अन्य कोई साक्ष्य</b>                                                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                    |
| <b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b><br><b>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:</b>                                                          |                                                                                                                          |                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                    |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                 | <b>Medical Reports/Prescriptions Attached</b><br><b>रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित सूची संलग्न करें:</b> |                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                    |
| 1.                                                                                                                                                     | DIAGNOSIS — CATARACT — LE                                                                                                |                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                    |
| 2.                                                                                                                                                     | SURGERY — LE (SIUS + IOL)                                                                                                |                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                    |
| <b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b><br><b>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?</b>    |                                                                                                                          |                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                    |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                 | <b>NAME of OTHER SOURCE</b><br><b>अन्य स्रोत का नाम</b>                                                                  |                                                                                                                             | <b>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</b><br><b>सी गई सहायता राशी</b> |                                                                                                    |



**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/employed insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाक्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता दत्त "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी जो भी है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्रा की गई है, उस राशि का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्तव्य)**

- 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 अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं/वाक्य, दूर, संचार/प्रकाश दूर उद्देश्य में दूरी गतिविधियों और प्रदर्शनों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोदारों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं/वाक्य भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

Nami gopal seal

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्तव्य)**

- 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 समर्थन/सहमति 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 और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नका टोली/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट इस को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/अन्य हेतु मागु नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता जाता है कि हस्पताल द्वितीय नकर उस टोली/मामले हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेनी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही जो सहायता वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही जो सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज दुरुस्त और करने जाने की सारी जिम्मेदारी 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  
अपरेशन की तारीख

12/14/24

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

डाक्टर का नाम व राजकीय नं. एवं मुहर

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

SANKAR PRASAD HOSPITAL  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

*[Signature]*