

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                   |                       |                                           |        | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                         |                       |                                           |        | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life.</small> |  |
| APPLICATION No.: K/0624/0358                                                                                      |                       | APPLICATION DATE: 24/06/24                |        |                                                                                                                                                               |  |
| NAME of APPLICANT: USHA BAIDYA                                                                                    |                       | AGE-YEARS: 46                             |        | SEX: F                                                                                                                                                        |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PARITOSH BAIDYA                                                                           |                       |                                           |        |                                                                                                                                                               |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PURBA MALEKAN GHUMTI, RAPTAN PARA - HINGALGANJ, NORTH 24 PARGANAS, 743439, WEST BENGAL |                       |                                           |        |                                                                                                                                                               |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE                                                                             |                       |                                           |        |                                                                                                                                                               |  |
| OCCUPATION: HOUSE WIFE                                                                                            |                       |                                           |        | MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                                                       |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 4500X12 = 54,000/-                                                                           |                       |                                           |        | (Attach Proof of Income)                                                                                                                                      |  |
| PAN No. : [Blank]                                                                                                 |                       |                                           |        |                                                                                                                                                               |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No                                           |                       |                                           |        |                                                                                                                                                               |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                       |                       |                                           |        |                                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.                                                                                                           | Name of Family Member | Age (Years)                               | Gender | Relation with Applicant                                                                                                                                       |  |
| 1.                                                                                                                | USHA BAIDYA           | 46                                        | F      | SELF                                                                                                                                                          |  |
| 2.                                                                                                                | PARITOSH BAIDYA       | 54                                        | M      | HUSBAND                                                                                                                                                       |  |
| 3.                                                                                                                | SAIESAB BAIDYA        | 21                                        | M      | SON                                                                                                                                                           |  |
| 4.                                                                                                                | SAIKAT BAIDYA         | 13                                        | M      | SON                                                                                                                                                           |  |
| 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 - LE                                                                                      |                       |                                           |        |                                                                                                                                                               |  |
| 2. SURGERY - LE (SLCS + IOL)                                                                                      |                       |                                           |        |                                                                                                                                                               |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                                                  |                       |                                           |        |                                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.                                                                                                           | NAME of OTHER SOURCE  | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE      |        |                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                   |                       |                                           |        |                                                                                                                                                               |  |

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koslika 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 यहाँ पर दाखल हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं था, उससे प्राप्त प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर अवश्य दाखल हूँ कि "अर्थिका आधारभूत" में जो राशि दी गई है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं यहाँ पर दाखल हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस राशि का पूरा पूरा या आंशिक या पूर्ण रूप से किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

1.) इस प्रश्न पर अपने इसाक्षर या ओंसे की छत्र लगाकर, मैं (प्रत्येक) अपनी खड़ीबो को मुद्रा करता हूँ जो "योगिता-परमेश्वर और जगत्-प्रादीप" को अभिप्रेत करता हूँ कि मेरा नाम, पद, पाठ और जो विषय इस प्रश्न में वर्णित है, उसे "कौटिलिका" एवम् न्याय, धर्म, वाचस्पत्य द्वारा प्रदर्शित या मुझे ज्ञात/अज्ञात तथा प्रसिद्धिपूर्वक के जिन विद्वानों की छत्र मान्यता से प्रसारित करने के लिए अभिप्रेत है। जो प्रश्न का विवरण की छत्रों की पहली या सार में करने के लिए "योगिता-परमेश्वर" से ज्ञाती अभिप्रेत है।

आरोग्यका लागि आवश्यकता अनुसार खानेको खाद्य पदार्थहरूको मात्रा

উদ্ভিদ (Plants)

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.

10. यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही पश्चात् में विविध माहों की किसी एक साप्ताहिक संख्या या किसी अन्य अंक में ऐसा उल्लेख करने में लगे थे जो कि, जैसे कि हमने "बोसिका काउन्टडाउन" में विचारित किया कि उस की संख्या में "बोसिका काउन्टडाउन" द्वारा स्पष्ट है कि है। यदि "बोसिका काउन्टडाउन" द्वारा माहों की किसी एक साप्ताहिक संख्या में स्पष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य एक साप्ताहिक संख्या या किसी अन्य संख्या में स्पष्ट करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट नहीं कहा जा सकता है कि अस्पष्टता द्वितीय बार उक्त ऐसी मामलों में किसी एक साप्ताहिक संख्या या किसी अन्य संख्या में नहीं होता-लेगी।

2. "बोसिका काउन्सिल" के लिये गाँव आवासन वित्तिय प्रवृत्ति को है। रंगी पर इम्प्लान्ट द्वारा दो गाँव समकाल या विना उसे इम्प्लान्ट/प्रक्रिया का सुपुन सही रूप इम्प्लान्ट में रोम का विषय है और "बोसिका काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रयत्न नहीं है। इन्वॉल्व इम्प्लान्ट में रंगी के द्वारा सुपुन और जाने जाने को सारी विषयकारी रंगी रूप इम्प्लान्ट को रंगी और "बोसिका" को कोई प्रक्रिया या विषयकारी रूप प्रयत्न में नहीं होती।

अर्थशास्त्र के लिए संक्षेप

29/06/24

Dr. Shobhika Das  
M.B.B.S M.S  
Gold Medalist  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

OPTOM ANKUR DAS  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
SANKAR HOSPITAL, SANKAR VENTURE PVT. LTD.

आन्तरिका समन्वयेन हि

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Exchanged

Signature