

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                            |                       | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                           |        |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                  |                       | <br>Building back of life. |        |                           |
| APPLICATION No.: K/0723/0382                                                                               |                       | APPLICATION DATE: 19/2/23                                                                                    |        |                           |
| NAME of APPLICANT: GITA BISWAS                                                                             |                       | AGE-YEARS: 67                                                                                                | SEX: F |                           |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GANENDRA NATH BISWAS                                                               |                       |                                                                                                              |        |                           |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SHANTIMAY NAGAR COLONY, BARASAT-1, BADU, NORTH 24 PARGANAS, 700128, WEST BENGAL |                       |                                                                                                              |        |                           |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE                                                                      |                       |                                                                                                              |        |                           |
| OCCUPATION: HOME MAKER                                                                                     |                       | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                     |        |                           |
| TOTAL ANNUAL INCOME: NIL                                                                                   |                       | (Attach Proof of Income)                                                                                     |        |                           |
| PAN No. (समाप्त)                                                                                           |                       |                                                                                                              |        |                           |
| 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.                                                                                                         | GITA BISWAS           | 67                                                                                                           | F      | SELF                      |
| 2.                                                                                                         | SANJAY BISWAS         | 33                                                                                                           | M      | SON                       |
| 3.                                                                                                         | DEBU BISWAS           | 30                                                                                                           | M      | SON                       |
| 4.                                                                                                         | SRIHAR BISWAS         | 26                                                                                                           | M      | SON                       |
| 5.                                                                                                         | HEMLATA BISWAS        | 23                                                                                                           | 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                                                                     |                       |                                                                                                              |        |                           |
| DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                                  |                       |                                                                                                              |        |                           |
| SURGERY - RE (SICST + TOR)                                                                                 |                       |                                                                                                              |        |                           |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                                             |                       |                                                                                                              |        |                           |
| NAME of OTHER SOURCE                                                                                       |                       |                                                                                                              |        |                           |
| AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                                                                         |                       |                                                                                                              |        |                           |



**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/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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वास्तविकता गलत या झूठा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु या प्रार्थना को मैं नहीं हूँ, इस पैसे का अधिकार या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/निर्माणाधीन/बीमा कम्पनी से न तो 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 its Trustees to use/publish/post-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 its 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 अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहचर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" को इसकी "कार्यवाही" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, छाप, वक्ताओं द्वारा उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे उपचार के पहात या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वतंत्र अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके निश्चित और निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

**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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को जो से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, निम्न इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/मामले में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उससे के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन सीमित/असमर्थ हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हमसभ निम्न अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उस रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल से रोगी को उपचार सुझा और करने करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख

19/9/23

**Dr. Shibashis Das****M.B.B.S**

(Name of Doctor with Stamp)

Reg. No. 1036

**OPTIM ARUN DAS**

(Name, Designation &amp; Hospital of Authorised Signatory)

**SANKARA JYOTI INSTITUTE****FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हमसभ 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हमसभ 2