

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                   |                                                                                                | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                  |                        | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life</small> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No. : <b>K/0223/0428</b><br>आवेदन संख्या :                                                                                            |                                                                                                | APPLICATION DATE : <b>30.7.23</b><br>आवेदन तिथि :                                                                   |                        |                                                                                                                                                             |  |
| NAME of APPLICANT : <b>SONALI SARKAR</b><br>आवेदक का नाम :                                                                                        |                                                                                                | AGE-YEARS <b>44</b><br>आयु-वर्ष :                                                                                   | SEX <b>F</b><br>लिंग : |                                                                                                                                                             |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <b>MANOJ MONDAL</b><br>पिता/पति का नाम :                                                                                 |                                                                                                |                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                             |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <b>HABRA, HILALPURURIA, NORTH 24 PARGANAS, 743271, WEST BENGAL</b><br>वर्तमान आवासीय पता :                            |                                                                                                |                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                             |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <b>AS ABOVE</b><br>स्थायी आवासीय पता :                                                                              |                                                                                                |                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                             |  |
| OCCUPATION : <b>HOUSE WIFE</b><br>व्यवसाय :                                                                                                       |                                                                                                | MARITAL STATUS : <b>MARRIED</b> (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                    |                        |                                                                                                                                                             |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME : <b>NIL</b><br>कुल वार्षिक आय :                                                                                              |                                                                                                | (Attach Proof of Income)<br>(आय का प्रमाण संलग्न करें)                                                              |                        |                                                                                                                                                             |  |
| PAN No. : <b>Blank</b>                                                                                                                            |                                                                                                |                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                             |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) : <b>Yes / No</b> |                                                                                                |                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                             |  |
| 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 से संबंध                                                                                                                   |  |
| 1.                                                                                                                                                | <b>SONALI SARKAR</b>                                                                           | <b>44</b>                                                                                                           | <b>F</b>               | <b>SELF</b>                                                                                                                                                 |  |
| 2.                                                                                                                                                | <b>RATUL SARKAR</b>                                                                            | <b>48</b>                                                                                                           | <b>M</b>               | <b>HUSBAND</b>                                                                                                                                              |  |
| 3.                                                                                                                                                | <b>MOUSUMI SARKAR</b>                                                                          | <b>21</b>                                                                                                           | <b>F</b>               | <b>DAUGHTER</b>                                                                                                                                             |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये बिनति 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>उपभोक्ता 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 क्या वित्तीय आवश्यकता है :                                                               |                                                                                                |                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                             |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                            | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों की सूची संलग्न |                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                             |  |
| 1.                                                                                                                                                | <b>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</b>                                                               |                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                             |  |
| 2.                                                                                                                                                | <b>SURGERY — RE (SICS + IOL)</b>                                                               |                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                             |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से लिया गया है?           |                                                                                                |                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                             |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                            | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                      |                                                                                                                     |                        | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कितनी राशि सहायता मिली                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                   |                                                                                                |                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                             |  |

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 यहाँ पर कतार दूँ कि इस प्रत्येक में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार प्राप्त एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निवृत्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मेरी सहायता केवल "कोशिका फाउंडेशन", से ही का रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पता पड़ा है।

3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँगी, कि इस राशि का और/या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्धोक्ता/बीमा कम्पनी से न भी लिया है और न ही भविष्य में ली जाए।

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हता) अपने सहमत की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रपत्र में जोड़ित हैं, उसे "कोशिका" प्रपत्र न्यासी, यान: साधना/यह प्रपत्र उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तैयार किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का प्रसारण मेरे इच्छा के बताने या बाद में करने को लिए, "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का कि सहायता को उपलब्धता से प्राप्त है पुष्टि करने: साधना का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रपत्र उसके न्यासी को निर्णय लेने और साधना को देना।

**अवैधानिक या अव्यवहार वा अन्याय का निवारण**

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 अधीकृत, इसाहती की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकृत व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि = लो धारण और = हो भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती सावितकसकल हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या इस्पताल द्वारा लेने या सहायता या किसे एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए इस्पताल में रोगी में इलाज सुझा और जाने जाने को चले विनियमों रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

एयीकृतो ऋ लिप् संस्तुति

30/9/23

M.B.S.M.S.  
(Name of District Medalist)  
Ref. No. 71035

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
SANKARA JYOTI EYE INSTITUTE

आन्तरीक उपयोग हेतु

न्यासो हस्तोऽथ ।

Exempel

न्यासै हमाजसः ।

2020