

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                              |                                                    | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                  |                       |                         |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                    |                                                    | <br>Koshika foundation<br>Building block of life. |                       |                         |
| APPLICATION No.: K/0724/0455                                                 |                                                    | APPLICATION DATE: 15.07.24                                                                                                          |                       |                         |
| NAME of APPLICANT: MINATI RAUT                                               |                                                    | AGE-YEARS: 65                                                                                                                       | SEX: F                |                         |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BIMAL RAUT                                           |                                                    |                                                                                                                                     |                       |                         |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PURBA ATAPUR NORTH 24 PARGANAS 743446 WEST BENGAL |                                                    |                                                                                                                                     |                       |                         |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE                                        |                                                    |                                                                                                                                     |                       |                         |
| OCCUPATION: HOUSEWIFE                                                        |                                                    | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                            |                       |                         |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 x 12 = 72000                                       |                                                    | (Attach Proof of Income)                                                                                                            |                       |                         |
| PAN No. स्थान खाली रखें                                                      |                                                    |                                                                                                                                     |                       |                         |
| 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.                                                                           | MINATI RAUT                                        | 65                                                                                                                                  | F                     | SELF                    |
| 2.                                                                           | BIMAL RAUT                                         | 69                                                                                                                                  | M                     | HUSBAND                 |
| 3.                                                                           | SUKUMAR RAUT                                       | 45                                                                                                                                  | M                     | SON                     |
| 4.                                                                           | ASHAK RAUT                                         | 41                                                                                                                                  | M                     | SON                     |
| 5.                                                                           | DIPLAB RAUT                                        | 27                                                                                                                                  | M                     | SON                     |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)               |                                                    |                                                                                                                                     |                       |                         |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)                                               | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)       | Ration Card<br>(Attach Copy)                                                                                                        | Any Other Basis/Proof |                         |
| गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र                                               | अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र                           | उपभोक्ता कार्ड                                                                                                                      | अन्य कोई साक्ष्य      |                         |
| (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                      |                                                    |                                                                                                                                     |                       |                         |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                         |                                                    |                                                                                                                                     |                       |                         |
| सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:                                      |                                                    |                                                                                                                                     |                       |                         |
| Sr. No.                                                                      | Medical Reports/Prescriptions Attached             |                                                                                                                                     |                       |                         |
| क्रम संख्या                                                                  | अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                                     |                       |                         |
| 1.                                                                           | DIAGNOSIS — CATARACT — RE                          |                                                                                                                                     |                       |                         |
| 2.                                                                           | SURGERY — RE — (SICS + IOL)                        |                                                                                                                                     |                       |                         |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES               |                                                    |                                                                                                                                     |                       |                         |
| इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?          |                                                    |                                                                                                                                     |                       |                         |
| Sr. No.                                                                      | NAME of OTHER SOURCE                               | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                                                                                                  |                       |                         |
| क्रम संख्या                                                                  | अन्य स्रोत का नाम                                  | 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 प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से सौदा का हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण विमोचन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सित है और न हो भविष्य में होगा।

**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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस दस्तावेज या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के साथ साक्ष्य, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक सहमति से हस्ताक्षर या अंगूठे के साथ "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनंति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्ति आंशिक/संपूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से सौदा गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुगम और अपने जाने की घड़ी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

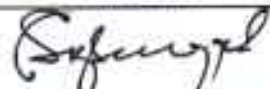
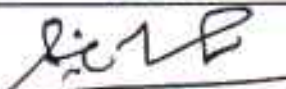
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

|                                                |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>15.07.24 | <br>M.B.B.S M.S.<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ द | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद-हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी<br>SANKARAJYOTI EYE INSTITUTE |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                        | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                         |
|  |  |