

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                 | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                    |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>APPLICATION No. :</b> K/0823/0472<br><b>आवेदन संख्या :</b>                                                                                                                                           |                                                                                                                                                 | <b>APPLICATION DATE :</b> 13/08/23<br><b>आवेदन तिथि :</b>                                                             |                                                         |
| <b>NAME of APPLICANT :</b> RANUBALA MAITI<br><b>आवेदक का नाम :</b>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                 | <b>AGE-YEARS आठु-वर्ष :</b> 76                                                                                        | <b>SEX लिंग :</b> F                                     |
| <b>FATHER'S/SPOUSE'S NAME :</b> MANMATHO PARUYA<br><b>पिता/कनूय का नाम :</b>                                                                                                                            |                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                         |
| <b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS :</b> बर्तमान आवास का पता<br>SANDESHKHALI, DWARIR JANGLE, NORTH 24<br>PARAGANAS, 743446, WEST BENGAL                                                                       |                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                         |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :</b> स्थायी आवासीय पता<br>— AS ABOVE —                                                                                                                                  |                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                         |
| <b>OCCUPATION :</b> HOUSE WIFE<br><b>व्यवसाय :</b>                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                 | <b>MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :</b>                                                                     |                                                         |
| <b>TOTAL ANNUAL INCOME :</b> NIL<br><b>कुल वार्षिक आय :</b>                                                                                                                                             |                                                                                                                                                 | <b>(Attach Proof of Income)</b><br><b>(आय का साक्ष्य संलग्न करें)</b>                                                 |                                                         |
| <b>PAN No. (आई टिआन संख्या) :</b>                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                         |
| <b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) :</b> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No<br><b>क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) :</b> हाँ / नहीं |                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                         |
| 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                                          |
| 1.                                                                                                                                                                                                      | RENUBALA MAITI                                                                                                                                  | 76                                                                                                                    | F                                                       |
| 2.                                                                                                                                                                                                      | DHARATI MAITI                                                                                                                                   | 51                                                                                                                    | F                                                       |
| 3.                                                                                                                                                                                                      | NIRANJAN MAITI                                                                                                                                  | 48                                                                                                                    | M                                                       |
| <b>Relation with Applicant</b><br><b>आवेदक के साथ सम्बन्ध</b>                                                                                                                                           |                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                         |
| SELF DAUGHTER SON                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                         |
| <b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</b><br><b>सहायता के लिये विनोद आधार</b>                                                                                               |                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                         |
| <b>BPL Card</b><br><b>(Attach Card Copy)</b><br><b>गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र</b><br><b>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</b>                                                                | <b>EWS Certificate</b><br><b>(Attach Certificate Copy)</b><br><b>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र</b><br><b>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</b> | <b>Ration Card</b><br><b>(Attach Copy)</b><br><b>उपभोक्ता कार्ड</b><br><b>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति 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 किसे मने विनोद का उद्देश्य:</b>                                                                                                           |                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                         |
| <b>Sr. No.</b><br><b>क्रम संख्या</b>                                                                                                                                                                    | <b>Medical Reports/Prescriptions Attached</b><br><b>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न</b>                                      |                                                                                                                       |                                                         |
| 1.                                                                                                                                                                                                      | DIAGNOSIS — CATARACT — LE                                                                                                                       |                                                                                                                       |                                                         |
| 2.                                                                                                                                                                                                      | SURGERY — LE (SICS + IOL)                                                                                                                       |                                                                                                                       |                                                         |
| <b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b><br><b>इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?</b>                                                    |                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                         |
| <b>Sr. No.</b><br><b>क्रम संख्या</b>                                                                                                                                                                    | <b>NAME of OTHER SOURCE</b><br><b>अन्य स्रोत का नाम</b>                                                                                         | <b>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</b><br><b>कौ 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना गया था तो उसे सहायक निरास हो या सकता है।
- 2) मैं इससे घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र भेजा जा रहा है, उसे और किसी भी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करे):**

- 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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में वर्णित हैं, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टी, उनके द्वारा अन्य उद्देश्य से दूसरी गतिविधियों और इवेंट्स/कार्यों को सिरे किया भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने को तैयार अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण को इस्तेमाल को करने या कर के करने को लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से किसी भी प्रकार से सहमति से नहीं है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण सत्य। सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् ट्रस्टी ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करे):**

- 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) This 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 मान्य/परी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करने हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और साकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिवृत्ति प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरे हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/वसूल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और साकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त सहायता हेतु किसी और साकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता या बिना सचेत उपचार/प्रक्रिया का सुचारु तरी पर हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी के इलाज सुचारु और सचेत जाने को सभी जिम्मेदारी होती एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                |                                                                                                     |                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अवरोधन की तारीख<br>13/08/23 | <b>Dr. Shibashis Das</b><br><b>M.B.B.S, M.S</b><br>(Name of the Doctor with Stamp)<br>Reg no. 11035 | <b>OPTIM AGNI DAS</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br><b>SANKARA JYOTI HOSPITAL</b> |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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 |
|                                              |                                              |