

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                            |                                     | (स्वास्थ्य देखभाल)                        |          | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br>Building block of life. |  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: <u>W/0824/0614</u>                                        |                                     | APPLICATION DATE: <u>16/08/24</u>         |          |                                                                                                                                               |  |
| NAME of APPLICANT: <u>RUPJAN MISTR</u>                                     |                                     | AGE-YEARS: <u>69</u>                      |          | SEX: <u>F</u>                                                                                                                                 |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>MAJIRALI MISTR</u>                              |                                     |                                           |          |                                                                                                                                               |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>DELIKHALI PURBA KHANDA, SANDESHKHALI-II,</u> |                                     |                                           |          |                                                                                                                                               |  |
| <u>NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL</u>                                      |                                     |                                           |          |                                                                                                                                               |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>                               |                                     |                                           |          |                                                                                                                                               |  |
| OCCUPATION: <u>HOUSE WIFE</u>                                              |                                     | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  |          |                                                                                                                                               |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: <u>1000 x 12 = 12,000/-</u>                           |                                     | (Attach Proof of Income)                  |          |                                                                                                                                               |  |
| PAN No. <u>XXXXXX</u>                                                      |                                     |                                           |          |                                                                                                                                               |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):             |                                     | Yes / No                                  |          |                                                                                                                                               |  |
| FAMILY DETAILS                                                             |                                     |                                           |          |                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.                                                                    | Name of Family Member               | Age (Years)                               | Gender   | Relation with Applicant                                                                                                                       |  |
| 1.                                                                         | <u>RUPJAN MISTR</u>                 | <u>69</u>                                 | <u>F</u> | <u>SELF</u>                                                                                                                                   |  |
| 2.                                                                         | <u>MAJIRALI MISTR</u>               | <u>76</u>                                 | <u>M</u> | <u>HUSBAND</u>                                                                                                                                |  |
| 3.                                                                         | <u>KADEK MISTR</u>                  | <u>36</u>                                 | <u>M</u> | <u>SON</u>                                                                                                                                    |  |
| 4.                                                                         | <u>REJALI MISTR</u>                 | <u>32</u>                                 | <u>M</u> | <u>SON</u>                                                                                                                                    |  |
| 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                                     |                                     |                                           |          |                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.                                                                    | 1. <u>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</u> |                                           |          |                                                                                                                                               |  |
| 2. <u>SURGERY - LE (SICS + IOL)</u>                                        |                                     |                                           |          |                                                                                                                                               |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES             |                                     |                                           |          |                                                                                                                                               |  |
| Sr. No.                                                                    | NAME of OTHER SOURCE                | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED        |          |                                                                                                                                               |  |
|                                                                            |                                     |                                           |          |                                                                                                                                               |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 दिये 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 यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पर यदि का जमाव या सफल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया 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 its 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् त्रुस्टी, दान, याचना/प्रचार द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रुस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निरूपण

**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 the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा नगद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अशिका/सफल हेतु अनुरोध किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या क्षतिपूर्ति इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

|                                                |                                                                              |                                                                                                      |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>16/08/24 | (Name of Dr. & Rego. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | OPTOM.<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>SANKAR KUMAR, |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

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