

|                                                                                                                        |                              |                                                  |                       |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                        |                              | Koshika<br>foundation<br>Building block of life. |                       |                         |
| APPLICATION No. : K/0924/0745                                                                                          |                              | APPLICATION DATE : 07/09/24                      |                       |                         |
| NAME of APPLICANT : PRADIP KUNDU                                                                                       |                              | AGE-YEARS : 59                                   | SEX : M               |                         |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LATE DULAL KUNDU                                                                              |                              |                                                  |                       |                         |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 02, NAGENDRA NATH MURHERJEE ROAD DANIHATI, KAMARHAT, NORTH 24 PARGANAS 700058, WEST BENGAL |                              |                                                  |                       |                         |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE                                                                                 |                              |                                                  |                       |                         |
| OCCUPATION : LABOURER                                                                                                  |                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)         |                       |                         |
| TOTAL ANNUAL INCOME : 4000 X 12 = 48,000/-                                                                             |                              | (Attach Proof of Income)                         |                       |                         |
| PAN No. : [Blank]                                                                                                      |                              |                                                  |                       |                         |
| 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.                                                                                                                     | PRADIP KUNDU                 | 59                                               | M                     | SELF                    |
| 2.                                                                                                                     | MINATI KUNDU                 | 56                                               | F                     | WIFE                    |
| 3.                                                                                                                     | PARICHITA KUNDU              | 29                                               | F                     | DAUGHTER                |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                                                         |                              |                                                  |                       |                         |
| BPL Card                                                                                                               | EWS Certificate              | Ration Card                                      | Any Other Basis/Proof |                         |
| (Attach Card Copy)                                                                                                     | (Attach Certificate Copy)    | (Attach Copy)                                    |                       |                         |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                                                                   |                              |                                                  |                       |                         |
| Medical Reports/Prescriptions Attached                                                                                 |                              |                                                  |                       |                         |
| Sr. No.                                                                                                                | 1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE |                                                  |                       |                         |
| 2. SURGERY - RE (SICS + IOL)                                                                                           |                              |                                                  |                       |                         |
| 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 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 प्रकरण 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 पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रक्रिया की गई है, उसमें प्राप्त की जा सकने वाली किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/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 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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रस्ताव में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पत्र, साक्षात्/या दूसरे उद्देश्य से चुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रस्ताव का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुख्यतः सहायता का इकाएक नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उनके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Pradip Kumar

**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, हमारा यहाँ की ओर से प्रमाणित/पेश की "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 सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मकर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी औषिक/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रस्तुत प्रकरण रोगी/रोगी के हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और आने जाने को सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई पूर्ण या जिम्मेदारिता इस मामले में नहीं होगी।

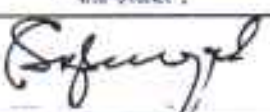
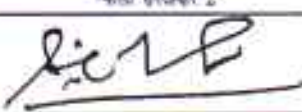
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                |                                                                              |                                                                                                                 |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>07/09/24 | (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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                                         |
|  |  |