

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                 |                           | Koshika<br>foundation<br>Building Block of life |                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| APPLICATION No.: K/0924/0800                                    |                           | APPLICATION DATE: 20/09/24                      |                       |                         |
| NAME of APPLICANT: KALPANA NATUYA                               |                           | AGE-YEARS: 40                                   | SEX: F                |                         |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NABIN CHANDRA NATUYA                    |                           |                                                 |                       |                         |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: TULSIGHATA, NIMPITH ASHRAM, SOUTH 24 |                           |                                                 |                       |                         |
| PARGANAS: 743338, WEST BENGAL                                   |                           |                                                 |                       |                         |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE                           |                           |                                                 |                       |                         |
| OCCUPATION: HOUSE WIFE                                          |                           | MARRIED / UNMARRIED: MARRIED                    |                       |                         |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 4500 x 12 = 54,000                         |                           | (Attach Proof of Income)                        |                       |                         |
| PAN No. KYAIK 3338                                              |                           |                                                 |                       |                         |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  |                           |                                                 |                       |                         |
| FAMILY DETAILS                                                  |                           |                                                 |                       |                         |
| Sr. No.                                                         | Name of Family Member     | Age (Years)                                     | Gender                | Relation with Applicant |
| 1.                                                              | KALPANA NATUYA            | 40                                              | F                     | SELF                    |
| 2.                                                              | NABIN CHANDRA NATUYA      | 64                                              | M                     | HUSBAND                 |
| 3.                                                              | ASHIM KUMAR NATUYA        | 41                                              | M                     | SON                     |
| 4.                                                              | KABITA NATUYA             | 39                                              | F                     | DAUGHTER                |
| 5.                                                              | ANITA NATUYA              | 34                                              | F                     | DAUGHTER                |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  |                           |                                                 |                       |                         |
| BPL Card                                                        | EWS Certificate           | Ration Card                                     | Any Other Basis/Proof |                         |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                            |                           |                                                 |                       |                         |
| Medical Reports/Prescriptions Attached                          |                           |                                                 |                       |                         |
| Sr. No.                                                         | DIAGNOSIS - CATARACT - LE |                                                 |                       |                         |
| 2. SURGERY - LE (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: **अवेक ह्ये संवत् २०२३**

- DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक 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 यहाँ 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) मेरी द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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/post-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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, चरण, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का इकटार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अभ्यर्थक को हस्ताक्षर या अंगूठे या निशान

5. अवस्थापना

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- By affixing hereunder, signature of our authorised signatory for recommending (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.

हमारे अधिकृत, इलाखरी की ओर से मायले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से जितनी सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इलाखरी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- इसमें अधिकांश, इसकाही की ओर से मापलेखों को "कोशिका फाउन्डेशन" में विविध सहायता हेतु सरकारों को जाता है, जिससे इन (इवेंट्स) को प्रोत्साहित किया जा सकता है।
- 1) यह कि न तो सीमाएं और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन में जाता होगा/पाएगा में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिशन/विजिनिटी इकाई के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/अधिकारी/कर्मचारी हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल में किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/मार्गल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2- "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता कंवल विविध प्रकृति की है। रोगी या अस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारियों रोगी एवं अस्पताल की होंगी जो "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

|                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>20/09/21                                      | (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व रेगन. नं. के साथ स्टैम्प      | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद सम्पादन अधिकृत अधिकारी के साथ स्टैम्प |
| FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION                                              |                                                                                       |                                                                                                                                |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                        | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                          |                                                                                                                                |
|  |  |                                                                                                                                |