

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                                                                             |                                                                                                | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                           |                        | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br>Building block of life |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : <b>M/1122/0440</b>                                                                                                                                                      |                                                                                                | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि : <b>03.11.2022</b>                                                                         |                        |                                                                                                                                              |  |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम : <b>SARASWATI MUNDA</b>                                                                                                                                                |                                                                                                | AGE-YEARS आयु-वर्ष :<br><b>72</b>                                                                                            | SEX लिंग :<br><b>F</b> |                                                                                                                                              |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कन्या का नाम : <b>KHIRAD MUNDA</b>                                                                                                                                         |                                                                                                |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता :<br><b>HARBANEGHARI, GOPALPUR, NORTH 24 PARGANAS<br/>743495, WEST BENGAL</b>                                                                                |                                                                                                |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता :<br><b>AS ABOVE</b>                                                                                                                                        |                                                                                                |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय : <b>HOME MAKER</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                                | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :<br><input checked="" type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> UNMARRIED |                        |                                                                                                                                              |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय : <b>NIL</b>                                                                                                                                                        |                                                                                                | (Attach Proof of Income)<br>(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)                                                                     |                        |                                                                                                                                              |  |
| PAN No. : स्थायी खाता संख्या                                                                                                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) :<br>Yes <input checked="" type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/> |                                                                                                |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
| 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         | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                                                                              |  |
| 1                                                                                                                                                                                                           | SARASWATI MUNDA                                                                                | 72                                                                                                                           | F                      | SELF                                                                                                                                         |  |
| 2                                                                                                                                                                                                           | SURYAKANTA MUNDA                                                                               | 50                                                                                                                           | M                      | SON                                                                                                                                          |  |
| 3                                                                                                                                                                                                           | LAKHIKANTA MUNDA                                                                               | 48                                                                                                                           | M                      | SON                                                                                                                                          |  |
| 4                                                                                                                                                                                                           | CHANDRA KANTA MUNDA                                                                            | 44                                                                                                                           | M                      | SON                                                                                                                                          |  |
| 5                                                                                                                                                                                                           | SEMA LI MUNDA                                                                                  | 40                                                                                                                           | F                      | DAUGHTER                                                                                                                                     |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए विनति आधार                                                                                                                  |                                                                                                |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                                                 |                                                                                                | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)          |                        | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                   |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत                                                                                                                                                                      |                                                                                                |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                                                                                              |                                                                                                |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                      | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुष्टि संलग्न |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
| 1                                                                                                                                                                                                           | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                      |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
| 2                                                                                                                                                                                                           | SURGERY - RE (SICST+IOL)                                                                       |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                      | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                      | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशि                                                                      |                        |                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                |                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                              |  |

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

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवम् वाचन अथवा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं है। इस मदद का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी 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 its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोग की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एवम् भविष्य में, मुझे प्राप्त हुए उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे फॉर्म में पते या नाम से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से भविष्य में 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 पूर्ण सत्य: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता: इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक का 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 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 अधीनस्थ, हस्ताक्षर की ओर से नामित/प्राप्त 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 भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त की संभावना में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देशित अधिकाधिकतर हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद प्राप्त होगी/पावले में हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार ही नहीं सत्य या कितने गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को होता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने को सही दिशानेवादी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

अपराध को तारीख

03.11.2022

Dr. Shikhar Das

(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व पंजीकरण सं. और नं.

OPTOM ANAGNI DAS  
Senior Program Officer  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

SANKAR HOSPITAL, ANANDAPUR

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2