

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                          |                                                                                              | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                  |                                                         |                                                                                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                                                                |                                                                                              | Koshika<br>foundation<br>Building block of life.                                                                    |                                                         |                                                                                           |  |
| APPLICATION No. : K/0125/1653<br>आवेदन संख्या :                                                                                                          |                                                                                              | APPLICATION DATE : 11/01/25<br>आवेदन तिथि :                                                                         |                                                         |                                                                                           |  |
| NAME of APPLICANT : G10U RANGA RAJBANSHI<br>आवेदक का नाम :                                                                                               |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष : 53                                                                                             | SEX लिंग : M                                            |                                                                                           |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RADHA RANI RAJBANSHI<br>पिता/कन्या का नाम :                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता<br>4 NO. DESHBANDHO - NAGAR, PANIHATI (M),<br>NORTH 24 PARGANAS, HOOGHLY, WEST BENGAL                     |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता<br>— AS ABOVE —                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |  |
| OCCUPATION : ELECTRICIAN<br>व्यवसाय :                                                                                                                    |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                            |                                                         |                                                                                           |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME : 5000 x 12 = 60,000/-<br>कुल वार्षिक आय :                                                                                           |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                                  |                                                         |                                                                                           |  |
| PAN No. :<br>आय का संचयन संख्या :                                                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाखल हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) : Yes / No<br>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                                          | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                           |  |
| 1.                                                                                                                                                       | GOURANGA RAJBANSHI                                                                           | 53                                                                                                                  | M                                                       | SELF                                                                                      |  |
| 2.                                                                                                                                                       | RADHA RANI RAJBANSHI                                                                         | 49                                                                                                                  | M                                                       | HUSBAND                                                                                   |  |
| 3.                                                                                                                                                       | BISWAJIT RAJBANSHI                                                                           | 23                                                                                                                  | M                                                       | SON                                                                                       |  |
| 4.                                                                                                                                                       | PINKI RAJBANSHI                                                                              | 19                                                                                                                  | F                                                       | DAUGHTER                                                                                  |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार                                                              |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |  |
| SPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा 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>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |  |
| "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 सूची संलग्न |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |  |
| 1.                                                                                                                                                       | DIAGNOSIS — CATARACT — LE                                                                    |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |  |
| 2.                                                                                                                                                       | SURGERY — LE (SICS + IOL)                                                                    |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?                   |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                   | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                     | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |  |



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 मेरे 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 एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का उपयोग या सकल विधिया किसी अन्य कोश/विरोधक/कोया कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा पत्र)**

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छा या अस्वीकार की बात बताकर, मैं (आवेदक) अपनी व्यक्ति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा चलाए जाने वाले, वाचक/या दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा को पहलें या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" राज्य उसमें न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION \_\_\_\_\_

समस्याओं का समाधान या अंगरेजों का निगम

THUMB IMPRESSION :  


AGREEMENT by HOSPITAL (कम्पनी द्वारा कएल)

By affixing her/under, signature of our Authorized 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षरों को जो से मायल/एंगी को "कोशिका फलन/शत" से विविध सहायता हेतु विकीपीडिया की जाते हैं, जिसे हम (हस्ताक्षर) विभिन्न प्रकार से राज्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिकतर में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठा ली जायेगी। यदि ऐसा हो तो यह है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निवारण/विपत्ति उभर के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपत्ति अधिक/अधिकतम हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठा ली जायेगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं ली जायेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंथ विविध प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्पताल में रोगी को इतना सुख और आने जाने को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भुवि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>11/01/25 | <br>Dr. Shashank Dinesh<br>Director<br>M.B.B.S., M.S. (Surgical Gastroenterology)<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर सह स्टिंप | <br>(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 ।                                        | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                         |
|  |  |