

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0126/2086

APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 02-01-2026

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: CHABI CHATTERJEE

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 53  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/सहस्रवर्ग का नाम: BINAY BANERJEE



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: / वर्तमान आवासीय पता  
PATHARGHATA, NORTH 24 PARGANAS - 700136  
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थायी आवासीय पता  
AS ABOVE

OCCUPATION: / व्यवसाय: HOD: BEAUTICIAN

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: 30000 x 12 = 36,000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No  
हां / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	CHABI CHATTERJEE	53	F	SELF
2.	SUKRATA CHATTERJEE	60	M	HUSBAND
3.	KALPU CHATTERJEE	37	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम को पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached 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  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:**

- 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 के विषय में मैंने अपने सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन अलग कदा काल है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में सच है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस एग्री का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)**

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृत्व" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, ट्रेड, व्यवसाय/व्यवसाय उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। वे इसका उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतंत्र सहायता का अधिकार नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी/ट्रेड/व्यवसाय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरक द्वारा करण)**

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:

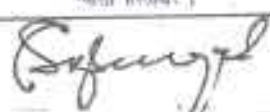
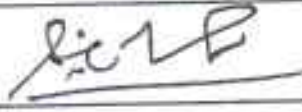
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation, if the requested assistance is 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षरक को और से अनुमति/एग्री को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षरक) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से सहायता या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद होगी/मांगने में लगे या लगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सहायता उम्मीद के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि सिफारिश/अनुमति हेतु अनुरोध नहीं किया काल है जो अस्तित्व किसी अन्य और सहायता से सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकार उम्मीद/मांगने हेतु किसी और सहायता से सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, केवल वित्तीय प्रकृति की है। एग्री पर हस्ताक्षरक द्वारा ही यह सहायता या किये लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्ताक्षरक को सहायता का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्ताक्षरक में एग्री के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी एग्री एवं हस्ताक्षरक की होगी और "कोशिका" को कोई वित्तियक या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>09.01.2026</p>	 <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाजक के संकेत</p>	<p><b>Optim Anshu Das</b> Senior Program Officer (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षरक अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भ्रातृत्वक 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भ्रातृत्वक 2</p> 
--	--