

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.: K/0126/2097

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

03.01.2026

NAME of APPLICANT: ARATI SINGH

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAGAR GHOSH

पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1/A/48 SARTSAKHAN ROAD, BELGACHTA,
KOLKATA - 700037, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 1000 X 12 = 12,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	ARATI SINGH	67	F	SELF
2.	RADHABANS DAS	36	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BFL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विमर्श 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) - SILCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

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 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) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता मिलेगी, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, पूर्ण या आंशिक, के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लेऊँगा।

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का दबाव करके, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को प्रदान करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित किया जा सके, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, ऑडियो/वीडियो के माध्यम से, कोशिका फाउन्डेशन के लिये दानों को आमंत्रित करने के लिये और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिये। कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे उपचार के पूर्ण होने के लिये किया जा सकता है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त विवरणों का प्रयोग अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, 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.

- हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे 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 सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने के लिये कोशिका फाउन्डेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस प्रारूप में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान करने से कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी वित्तीय जिम्मेदारी नहीं है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई प्रत्येक चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुनिश्चित करने के लिये कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी वित्तीय जिम्मेदारी नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22.01.2026	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर सहित मुद्रा	Optom. Ahijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
--	--