

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0126/2108** APPLICATION DATE: **04-01-2024**  
 आवेदन संख्या: **K/0126/2108** आवेदन तिथि: **04-01-2024**

NAME of APPLICANT: **LAXMI RANI DAS** AGE-YEARS **57** SEX **F**  
 आवेदक का नाम: **LAXMI RANI DAS** आयु-वर्ष: **57** लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **TAPAS KUNAR DAS**  
 पिता/ससुरा का नाम: **TAPAS KUNAR DAS**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **17 DAS PALONY, PANIHATI, NORTH 24 PARGANAS - I, MULLA, WEST BENGAL**  
 वर्तमान निवासी पता: **17 DAS PALONY, PANIHATI, NORTH 24 PARGANAS - I, MULLA, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**  
 स्थायी निवासी पता: **AS ABOVE**



OCCUPATION: **HOUSE WIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  
 व्यवसाय: **HOUSE WIFE**  **MARRIED**  **UNMARRIED**

TOTAL ANNUAL INCOME: **1000 x 12 = 12,000/-** (Attach Proof of Income)  
 कुल वार्षिक आय: **1000 x 12 = 12,000/-** (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No.  खाली संख्या  
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes /  No  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):  हाँ /  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.	LAXMI RANI DAS	57	F	SELF
2.	TAPAS DAS	58	M	HUSBAND
3.	SUBHABISH DAS	34	M	SON
4.	DEBABISH DAS	30	M	SON
5.	DEBJANI DAS	27	F	DAUGHTER
6.	SOKIA DAS	22	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रोव संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अथवा संपत्ति प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रोव संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रोव संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> 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 (RE)
2.	SURGERY (RE) - SINDHOL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

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

- 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 लिखे गये सभी विवरण मेरे ज्ञानको 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 बात को साफ़ तौर पर "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस रकम का अवशेष या भुगतान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले सकूँगा और न ही बीमा से रकम ले सकूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रयोग करें, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से सुदूर तक विभिन्न माध्यमों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इरादों के अंतर्गत या अंतर्गत में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या त्रुस्टियों से प्रेषित है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के अंतर्गत से प्रेषित है। मेरा इरादा: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सहमति में "कोशिका" एण्ड उसके त्रुस्टियों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

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

आवेदनक के 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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से अनुमोदित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय उदाहरण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायक संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उदाहरण/प्रकार हेतु किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होती है। "कोशिका" की कोई भी वित्तीय या वित्तीय मदद इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>04.01.2026</p>	<p>Dr. S. Anand Das Surgeon M.B.S. (General &amp; Specialist) (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>Optom Anujit Das Senior Program Officer (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जान व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अनन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रुस्टी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रुस्टी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--