

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0126/2127
आवेदन संख्या : K/0126/2127
APPLICATION DATE: 05.01.2026
आवेदन तिथि : 05.01.2026

NAME of APPLICANT: BADAL DUTTA
आवेदक का नाम : BADAL DUTTA
AGE-YEARS मातृ-वर्ष : 67y
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAMKRISHNA DUTTA
पिता/कन्या का नाम : RAMKRISHNA DUTTA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
VIVEKANDA ROAD, NORTH BARACKPORE,
BENGAL ENAMEL, NORTH 24 PARGANAS -
743122, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
AS ABOVE



OCCUPATION: TAILOR
व्यवसाय : TAILOR
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000x12 = 36000/-
कुल वार्षिक आय : 3000x12 = 36000/-
(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAH No. स्थाई खात संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे) : Yes / No / 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.	BADAL DUTTA	67	M	SELF
2.	LATE SUPTI DUTTA	80	F	WIFE
3.	ARJIT DUTTA	41	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) महिषी रैखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACTURE
2.	SURGERY(RE) - SICTIOL

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 करः

- 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 मिथ्या एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निधि की वसूली होगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त सहायक हेतु वह प्रार्थना नहीं करूँगा, इस राशि का व्ययिक या सहायक द्वारा किया गया अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करः)

- 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/pul-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 (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सचन/सचन द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या खर्च के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित है पुत्र सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Badal Dutta

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करः)

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.

हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर की अंश से समर्थन/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक 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 सहायक किसी और सहायक से प्राप्त होगी, भवित में लेने का भी नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विरही अधिकृत/सफल हेतु संभव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायक से किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय सहायक उक्त रोगी/रोगीय हेतु किसी और सहायक से किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने कर्तव्य की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
05-01-2026

Dr. S. Anand Das
Director
M.B.B.S., M.S. (General Medicine)
(Name of Dr. & Regy. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाज का रजि. नं.

Optom. Anujit Das
Senior Program Officer
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1
Safarjani

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
[Signature]