

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0126/2144 APPLICATION DATE : 06.01.2026  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SHAHILA BIBI AGE-YEARS : 55 SEX : F  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME : AMAR ALI GAZI  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 18, DUNDUM ROAD, GHUGHU DANGA, KOLKATA 700030, WEST BENGAL.  
वर्तमान आवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE  
स्थायी आवास पता



OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (विलगित) / UNMARRIED (अविलगित)  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : 10500 x 12 = 12,000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : [Blank] ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No  
आय कर पहचान संख्या (आय कर दाता हैं/नहीं)

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.	SHARILA BIBI	55	F	SELF
2.	AMAR ALI GAZI	55	M	HUSBAND
3.	SALMA KHATOON	27	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (उपभोग पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्विज्ञान/चिकित्सक से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY (LE) - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED कोई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:**

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण झूठ/कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउण्डेशन", से ही जो रहा है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु वह व्यय नहीं किया है, जो कि किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कंपनी से या जो कि मैंने और किसी अन्य स्रोत से प्राप्त किया है।

**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 its 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 its 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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन" और इसके ट्रस्टियों को "कोशिका फाउण्डेशन" के नाम पर, छात्र, छात्रों और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, दूर, आकाशवाणी द्वारा उद्देश्य से पूर्ण प्रतिष्ठितियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे प्रारूप को पढ़ने या कदम से पहले के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व उसके अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, छात्रों और विवरण को बिना सहमतियों के उद्देश्यों से प्रसारित है। मुझे सहायता प्राप्त होकर नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके अधिकृतों का निर्णय अंतिम और अविरोधनीय होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान।



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से उपरोक्त/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं जो वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त को सहायता में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता बिना स्वीकार/स्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता के लिए सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा जो भी सहायता या वित्त रूप में उपचार/उपचार का चुनाव किया एवं हस्ताक्षर को सहायता का निर्णय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर में रोगी को सहायता हेतु और अपने अपने को सही विचार/उपचार हेतु एवं हस्ताक्षर को सही और "कोशिका" को कोई धूमिल या विचार/उपचार इस सम्बंध में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिये अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>06.01.2024</p>	<p><i>Dr. Sanjeev Das</i> Director M.B.B.S. (M. Gold Medalist) (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p><i>Optom. Anshu Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

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

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