

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0126/2193**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **12.01.2026**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **SARASWATI PAUL**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **77** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: **GURMAH PAUL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
**51/1/1/1/1/1, RAMLILA BAGAN B.T. ROAD,
WEST BENGAL, KOLKATA - 700002,**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:
AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSEWIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **1000 x 12 = 12,000/-**

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर एडसेस हैं (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 संबंध
1.	SARASWATI PAUL	77	F	SELF
2.	RAJKUMAR PAUL	73	M	SON
3.	ANITA PAUL	27	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"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.	DIAGNOSTICS - CATARACT (RE)
2.	SURGERY (RE) - SICS + IOL

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 कौी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 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 है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में था।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप सहायक, मैं (आवेदक) अपनी छवियों को प्रुटि कराने एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, सचन/चर दूरले उद्देश्य से प्रुटि गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निर्यात मेरे प्रारूप के पत्रों या चर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है प्रुटि प्रकाशित सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अपेक्ष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निर्यात



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
- 2) The 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.

हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किमे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जसमे से हमें या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तीय उन्नत के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सफल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रुटि में स्पष्ट कहा जाता है कि असहायता द्वितीय मदद प्राप्त होगी/पान्या हेतु किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो कोई सहायता संभव वित्तीय प्रकृति को है। होगी पर हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किमे गये उपचार/उत्थि या पुनर्न होगी एवं हस्पताल को बीच का निर्यात है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकाश नहीं है। इसलिये हस्पताल में होगी के इलाज सुझा और अने जाने की सारी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रुटि या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>12.01.2016</p>	<p><i>Dr. S. Avhijit Das</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाज का स्थान</p>	<p><i>Optom. Avhijit Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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