

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0126/2216**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **14.01.2026**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **LAKKHI SENNA**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **69** वर्ष
SEX **F** लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **PARAN SENNA**
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान आवासीय पता**
KAINIATAHA, SOUTH 24 PARAGANAS, 743502, WEST
BENGAL

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



OCCUPATION : **HOUSEWIFE**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / **UNMARRIED** (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **1000X12=12000/-**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **स्थाई खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर एता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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.	LAKKHI SENNA	69	F	SELF
2.	PARAN SENNA	75	M	HUSBAND
3.	AMAR SENNA	40	M	SON
4.	SAMAR SENNA	25	M	SON

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) उपभोग्यता 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 प्रतिकवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY (LE) - 21/01/26

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

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा घोषणा पर):

- 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 affirm 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.
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निधि को खारज करने के लिए मैं जिम्मेदार हूँ।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायक निधि, जो कि इस फॉर्म में उद्देश्य के लिए अनुरोध की गई है, केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग की जाएगी।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायक निधि प्राप्त की है और न ही प्राप्त करने की योजना है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग किए जा सकते हैं, जैसे कि "कोशिका" एम्बल्स, पोस्टर, ब्रोचर/पत्र, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के संबंध में किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इलाज के खर्च या खर्च से होने वाले किसी भी प्रकार के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक निधि के उद्देश्यों से प्रसारित है। सहायक निधि का इस्तेमाल नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" एम्बल्स, पोस्टर, ब्रोचर/पत्र, दूरदर्शन से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों का प्रसारण करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से चिकित्सकीय/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता 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 सहायता किसी भी सहायक निधि या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पामने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/प्रदान हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायक निधि या किसी अन्य सहायक निधि से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चर उक्त रोगी/पामने हेतु किसी भी सहायक निधि या किसी अन्य सहायक निधि से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायक निधि वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही चिकित्सा या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीम का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>14.01.2026</p>	<p>Dr. Shikha Das Director M.B.B.S. (Surgical) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व. इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम</p>	<p>Optom Avijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Sankar Jyoti Hospital जन्म व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
	