

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0126/2226** APPLICATION DATE: **16.01.2024**  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **MARAN DAS** AGE-YEARS **63** SEX **M**  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **JYOTI BALCAV DAS**  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **1/3/L.I.H.I. GHOSH ROAD, BELMACHIA, KOLKATA-**  
वर्तमान निवास पता

**700033, WEST BENGAL**

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

OCCUPATION: **FAKAR** MARRIED (दिवान) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **9,000 x 12 = 36,000/-** (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **स्वास्थ्य खाता संख्या**  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**  
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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.	<b>MARAN DAS</b>	<b>63</b>	<b>M</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>RANO DAS</b>	<b>60</b>	<b>F</b>	<b>WIFE</b>
3.	<b>SOMNATH DAS</b>	<b>29</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
4.	<b>SOMA SAHA DAS</b>	<b>29</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>

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

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) मिडिली रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प अर्थ वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> 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.	<b>DIAGNOSIS - CATARACT (LE)</b>
2.	<b>SURGERY (LE) - STIESTIOL</b>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस सहायता राशी

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

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं अन्यत्र से भी सहायता नहीं ले रहा हूँ, इस बात का अधिकार मेरे सहज विचार किसी अन्य सौहार्दपूर्ण/व्यवसायिक/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 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 fulfilment 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 का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् 'ट्रस्टी', दूर, वक्त्र/प्रकाश/दूरदर्शन से कुटी/पत्रिका/वीडियो और अन्य माध्यमों के द्वारा किसी भी प्रकार प्रकाश से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण मेरे उपर के प्रयोजन के अतिरिक्त या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या 'ट्रस्टी' अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का प्रकार नहीं बनाया। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् 'ट्रस्टी' का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*(Handwritten Signature)*

**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 और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को खास है, जितने हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा हस्पताल और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने का ले रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियोजित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियोजित/सफल हेतु यन्त्र नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा विशेष मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले रहे/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त विनियोजित प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं सहायता से किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और देने करने को जारी निम्न/उपरी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुनिकार या निम्न/उपरी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  16-01-2026	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व संस्थापक का पता	Optom Avhijit Das (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Sanku on behalf of Hospital) नाम व पता हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामसी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामसी हस्ताक्षर 2
	