

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0126/2283** APPLICATION DATE: **24.01.2026**
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **LOKSHI KANTA DAS** AGE-YEARS **76** SEX **M**
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **SHIV NARAYAN DAS**
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **137/F, SOUTH SINTHEE ROAD, KOLKATA, 700050**
वर्तमान आवासीय पता

BENGAL

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



OCCUPATION: **DRIVER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **2000 X 12 = 24,000/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. **स्वास्थ्य खाता संख्या**
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No /**
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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.	LOKSHI KANTA DAS	76	M	SELF
2.	WATRI DAS	62	F	WIFE
3.	BASUDEB DAS	40	M	SON
4.	KABERT DAS	37	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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof 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.	DIAGNOSIS - CATARACT (L/E)
2.	SURGERY (L/E) - SICT+IOI

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

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

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, 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यथा संभव सख्त "कोशिका फाउन्डेशन", से सौ का नहीं है, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रबंध को मैं नहीं हूँ, उस राशि का व्ययिक या फलतः निरस्त किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में नही।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगुठी को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, उक्त "कोशिका" एवम् नामों, पता, सम्बन्धन इत्यादि उद्देश्य से जुड़ी परिस्थितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छानुसार हो सकते हैं या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार उद्देश्यों से प्रसारित है जुड़े सतत: सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक ने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

Lakshmi Kanta Das

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)

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.

- 1) मैं यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की और से अनुमति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे मैं (हस्पताल) निम्न प्रकार से प्राप्त न कर सकूँ। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संगठन से किसी अन्य रोगी के उक्त रोगी/रोगीयों के लिये या से नहीं हूँ, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अधिकृत उक्त रोगी के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अनुमति हेतु समुदाय को निरासता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगीयों के लिये या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेष रूप से उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी संरक्षित रोगी या किसी अन्य रोगी से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह 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 इच्छानुसार और अपने जाने की सारी विनियमों रोगी एवं हस्पताल को हामी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

M. B. ... (M. B. ...)
 M. B. ... (M. B. ...)
 Reg. No. 71035 WE/JC
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Optim ... Das
 Senior Program Officer
 Sankara ... Institute
 (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
 न्यायी हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यायी हस्ताक्षर 2

...