

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0126/2286  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 25.01.2026  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RADHIKA SHAW  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष  
60

SEX लिंग  
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SHIW PUJAN SHAW  
पिता/पति का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 19B/H/3 GOBARJAN STREET, BURTOULLA, BEADON STREET, KOLKATA - 700006.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSEWIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. :  
स्वास्थ्य खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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 सम्बन्ध
1.	RADHIKA SHAW	60	F	SELF
2.	SHIW PUJAN SHAW	71	M	HUSBAND
3.	SUMIT SHAW	38	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रोज 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे क्या विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY (LE) - SILS + 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 ली गई सहायता राशि

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

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन उपलब्ध कराया जाता है तो मेरी मांगीय सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उचित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्राचार किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में कभी भी इस मदद के अलावा किसी भी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न कोई सहायता मिले और न ही भविष्य में सहायता के लिये आवेदन किया जाये।

**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.
- 1) इस करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके पालतंत्रियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस करार में शामिल हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् अन्य, पत्र, पत्रिका/पत्र, दूरदर्शन वी. यू.टी. पत्रिका/पत्रिका और वेबसाइटों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे करार का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व अन्य अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता का उपयोग मेरी इच्छा के अनुसार ही किया जायेगा। इस सहायता से मैं "कोशिका" एवम् अन्य पालतंत्रियों का निर्माण करूँगा और माध्यम करूँगा।

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

आवेदक को 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 करके, हमारे द्वारा यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिये से प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत से मदद ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद मांगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षरकर्ता द्वारा सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये हमें किसी भी अन्य स्रोत से मदद लेनी होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही सही सहायता का निर्णय लेने का उत्तरदायित्व हमारे पास ही है। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिये हमें किसी भी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षरकर्ता द्वारा सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये हमें किसी भी अन्य स्रोत से मदद लेनी होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
25.01.2026

*Dr. S. ... Das*  
Director  
M.B.B.S. (Gold Medalist)  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ मुद्रा

*Oytem Avhijit Das*  
Senior Program Officer  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ मुद्रा

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
आयसी हस्ताक्षर 1  
*Safaraj*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
आयसी हस्ताक्षर 2  
*[Signature]*