

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0224/1233** APPLICATION DATE : **06/02/24**  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **JAMUNA BISWAS** AGE-YEARS : **69** SEX : **F**  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **SURAN BARMAN**  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **KHULNA, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS**  
**743446 WEST BENGAL**  
वर्तमान आवासीय पता  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**  
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : **COOK** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : **1600 X 12 = 19,200/-** (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : **SWAYAM** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगायें) Yes / हाँ / No / नहीं

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.	JAMUNA BISWAS	69	F	SELF
2.	DULAL BISWAS	76	M	HUSBAND
3.	KRISHNAPADA BISWAS	46	M	SON
4.	MURALI BISWAS	40	M	SON
5.	BESUDEB BISWAS	37	M	SON
6.	MADHABI BISWAS	32	F	DAUGHTER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उच्च आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SIOS + IOL)

**ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 being requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अलग चक्र चलाने से मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतलाया गया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से मदद नहीं लेऊंगा/लेगी।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् त्रुस्टियों, पत्र, वक्तापत्र द्वारा उद्देश्य से सभी माध्यमों और प्रकाशनों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वतंत्र अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये "कोशिका" एवम् त्रुस्टियों का अधिकृत अधिकार है। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् त्रुस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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



आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



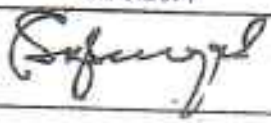
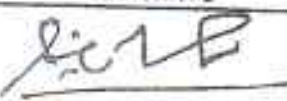
**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 आवेदनकर्ता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस पर (हस्पताल) निम्न प्रकार से कथन व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि - जो वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होगी में होने या न होने के लिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भए हुए हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित नहीं/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गतर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कंपनी वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रोकथाम नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी को सहायता प्रदान करने और अपने कर्तव्य की सही निर्वहणी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06/02/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पं. नं.	 OPTOM ARUN DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKAR... नाम व पद हस्ताक्षर और मुद्रा
--	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रुस्टी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रुस्टी हस्ताक्षर 2 
---	--