APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/0225/1891

APPLICATION DATE: आवेदन तिथी: 10/2/25

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: MANJU ROY

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 54

SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कुटुम्ब का नाम: SUREN ROY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

90) NABINPALLY KAMARHATI BELGHORIA
NORTH 24 PARGANAS 700056
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: व्यवसाय: MAID

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 4000 X 12 = 48000

(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 दाता है (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.	MANJU ROY	54	F	SELF
2.	ANJU SHARMA	49	F	SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता 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 — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT

1. I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will make 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 NGO/government/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1. मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी गलत विवरण मेरे आवेदन तथा चल रही सहायता निरस्त की जा सकती है।
2. मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से यदि कोई सहायता प्राप्त होती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा जिसके लिए मैंने इसे प्राप्त किया है।
3. मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु जो आवेदन मैंने किया है, उस राशि का आंशिक या पूर्ण भुगतान किसी अन्य संगठन/बीमा कंपनी से न तो लिया गया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT

1. By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/distribute/publish/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 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 on providing and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and binding.

1. मैं इस पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपना सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उस विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" किसी माध्यम, मौखिक, मुद्रण, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यम से दान एकत्रित करने के लिए किसी भी प्रकार की जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह उपयोग मेरे उपचार से पहले या बाद में, या उस "उद्देश्य" के पूरा होने के बाद के लिए "कोशिका" द्वारा किया जा सकता है।
2. मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के किसी भी उपयोग से मुझे स्वतः ही सहायता नहीं मिलेगी। इस संबंध में "कोशिका" ट्रस्ट द्वारा लिया गया निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT's SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/seeking 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 purpose/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 the right to walk 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 purpose/case from any other NGO or any other source.
2. The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the case/patient/procedure/treatment conducted by the Hospital on the patient is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and not in any 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 this matter.

इसी अभिलेख हस्ताक्षरों को नीचे के माध्यमों से "कोशिका फाउंडेशन" से विशिष्ट सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस हेतु (उपचार) जिस प्रकार से मांग के अनुसार करता है:

1. यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में समान उद्देश्य किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से लाभ उठाएंगे, जैसा कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण या आंशिक रूप से अपर्याप्त है, तो अस्पताल किसी अन्य गैर-सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता ले सकता है। यह पुष्टि मूलतः यह बताती है कि अस्पताल दूसरी बार उसी उद्देश्य हेतु किसी भी गैर-सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं लेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सेवाओं या रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी और अस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल ही उपचार, रोगी की देखभाल और उपचार की पूरी जिम्मेदारी लेगी, एवं अस्पताल का रोगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery / सर्जरी की तारीख	Dr. Sandhita Das, Director, M.B.B.S. (Name of Dr. Surgeon, No. with Stamp)	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
10/02/25		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2

10.03.2022