

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Health/Care)

(स्वास्थ्य/दुखान)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0225/1892**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **10/2/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **SUCHITRA BISWAS**

AGE/YEAR / आयु / वर्ष: **50**

SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहयोगी का नाम: **LATE ARUN BISWAS**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता:  
**SHYAMBAZAR MAIL  
 KOLKATA 700004  
 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासीय पता:  
**AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **MAID**

MARRIED (Yes/No) / UNMARRIED (Yes/No):  /

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

(Attach Proof of Income / आय का प्रमाण संलग्न करें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (यदि मान्य हो तब कृपया 'हाँ' या 'नहीं' चिह्नित करें):  Yes /  No

FAMILY DETAILS / परिवार का विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध
1.	SUCHITRA BISWAS	50	F	SELF
2.	TAPATI BISWAS	31	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च राज्य के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) असाध्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) भोजनान्न कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  
 सहायता हेतु विधि एवं विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य/चिकित्सा से संबंधित कोई भी प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

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

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता का राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्थकृत द्वारा लिखें)

- 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/termination.
- 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.
- 2) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other health/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यथासंभव सत्य है कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत/झूठा साबित होता है तो मेरी आवेदन-पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात से सहायता कि "कॉशिका फाउंडेशन" से मेरी मदद है, इसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए ही कर सकूंगा/कर सकती हूँ, जिसके लिए मैं इस मदद के लिए आ रहा हूँ।
- 2) मैं यथासंभव सत्य है कि मैं इस मदद से भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्वास्थ्य/व्यवसाय/बिमा कंपनी से किसी भी प्रकार से किसी भी मदद/सहायता के लिए नहीं आ रहा हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अर्थकृत द्वारा लिखें)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after the 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 shall automatically entitle me for receiving or availing the said assistance. The decision of trustees, members/formulating the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision on this regard will be final and non-negotiable.
- 1) मैं इस बात से सहमत हूँ कि मैं अपने नाम, पता, (आवेषक) अपनी जानकारी को (आवेषक) द्वारा प्रेषित की जा सकती है कि "कॉशिका फाउंडेशन" को सहायता के लिए मेरी मदद, पता और उद्देश्य को प्रसारित करने के लिए है, जो "कॉशिका" द्वारा प्रेषित की जा सकती है। इसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए ही कर सकूंगा/कर सकती हूँ, जिसके लिए मैं इस मदद के लिए आ रहा हूँ।
- 2) मैं (आवेषक) और मैं (आवेषक) सहमत हूँ कि मैं इस मदद से भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्वास्थ्य/व्यवसाय/बिमा कंपनी से किसी भी प्रकार से किसी भी मदद/सहायता के लिए नहीं आ रहा हूँ।
- 2) मैं (आवेषक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं इस मदद से भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्वास्थ्य/व्यवसाय/बिमा कंपनी से किसी भी प्रकार से किसी भी मदद/सहायता के लिए नहीं आ रहा हूँ।

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

अर्थकृत के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का निशान

*Handwritten signature of the applicant*

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हॉस्पिटल द्वारा लिखें)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the candidate 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 any other 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 any other NGO or any other source. This declaration 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 being granted in nature. The choice of the treatment/procedure/doctor conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way related to Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume full & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.
- इससे आगे, हमारा (हॉस्पिटल) द्वारा प्रेषित की जा रही है कि "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए मेरी मदद, पता और उद्देश्य को प्रसारित करने के लिए है, जो "कॉशिका" द्वारा प्रेषित की जा सकती है। इसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए ही कर सकूंगा/कर सकती हूँ, जिसके लिए मैं इस मदद के लिए आ रहा हूँ।
- 1) मैं (हॉस्पिटल) और मैं (हॉस्पिटल) सहमत हूँ कि मैं इस मदद से भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्वास्थ्य/व्यवसाय/बिमा कंपनी से किसी भी प्रकार से किसी भी मदद/सहायता के लिए नहीं आ रहा हूँ।
- 2) मैं (हॉस्पिटल) इस बात से सहमत हूँ कि मैं इस मदद से भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्वास्थ्य/व्यवसाय/बिमा कंपनी से किसी भी प्रकार से किसी भी मदद/सहायता के लिए नहीं आ रहा हूँ।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
(हॉस्पिटल के लिए अनुमति)

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
10/02/25

*Handwritten signature of Dr. M.B.B.S.*  
M.B.B.S.  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हॉस्पिटल के डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर

*Handwritten signature of Authorized Signatory*  
Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory  
on behalf of Hospital:  
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम और पद

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अर्थकृत द्वारा लिखें)

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
अर्थकृत द्वारा लिखें  
*Handwritten signature of Trustee 1*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
अर्थकृत द्वारा लिखें  
*Handwritten signature of Trustee 2*