

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सुधार)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: **K/0325/2027**      APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **02/03/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **DIPALI DAS**      AGE-YEARS / आयु वर्ष: **75**      SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **MANIK CHANDRA DAS**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता:  
**GHOSH PARA ROAD, SUKHTAR, NORTH 24  
FARGANAS HOONS, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता:  
**— AS ABOVE —**



OCCUPATION / व्यवसाय: **UNEMPLOYED**

MARRIED (निर्वाह) / UNMARRIED (अनिर्वाह):  UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **2000 x 12 = 24,000/-**

(Attach Proof of Income) / आय का प्रमाण (आवेदन के साथ जोड़ें)

PAN No. / PAN क्रमांक: **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिक करें या निरवकाश रखें): **Yes / No**

FAMILY DETAILS / परिवार का विवरण

Sl No / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से क्या संबंध
1.	DIPALI DAS	75	F	SELF
2.	LINA DAS	67	F	SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीब तालिका का प्रमाण (आवेदन के साथ जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (आवेदन के साथ जोड़ें)	Religion Cert (Attach Copy) संस्थागत प्रमाण (आवेदन के साथ जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  
सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:

Sl No / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/पत्रिका से जोड़ें की वह उपचार का प्रमाण
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिए कहीं अन्य सहायता किसे कितना प्राप्त है (आवेदन के साथ जोड़ें)

Sl No / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सहायता का नाम	(AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की राशि/सहायता का)

**DECLARATION by APPLICANT** - अर्थात् दाता द्वारा

- I hereby confirm the all details in this Form are true to the best of my knowledge, my false statement will constitute a punishable offence & involving assistance of any party for my admission to hospital.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/insurance/any other company, of the amount for which the assistance is requested.
- मैं यहाँ दाता हूँ कि इस दाता में (मैं) या मेरी विद्यालय की जानकारी के बिना कोई भी दूसरे को नहीं है, जो कि मेरी विद्यालय से प्राप्त राशि प्राप्त है कि मेरी विद्यालय किताबों के खर्च के लिए।
- मैं यहाँ दाता हूँ कि मैंने अभी तक "अर्थिक सहायता" का दाता नहीं है। यहाँ दाता हूँ कि मैंने अभी तक किसी भी अन्य स्रोत से राशि प्राप्त नहीं की है, जो कि मेरी विद्यालय के लिए है।
- मैं यहाँ दाता हूँ कि मैंने अभी तक किसी भी अन्य स्रोत से राशि प्राप्त नहीं की है, जो कि मेरी विद्यालय के लिए है।

**AGREEMENT by APPLICANT** - अर्थात् दाता द्वारा

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photo and 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.
- 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 continuing or discontinuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and irrevocable.
- मैं यहाँ दाता हूँ कि मैंने अपनी छवि और नाम का प्रयोग के लिए अनुमति दे दी है कि "कोशिका" फाउंडेशन को मेरी छवि और नाम का प्रयोग करके मेरी विद्यालय के लिए राशि प्राप्त करने के लिए प्रचारित किया जा सके।
- मैं यहाँ दाता हूँ कि मैंने अपनी छवि और नाम का प्रयोग के लिए अनुमति दे दी है कि "कोशिका" फाउंडेशन को मेरी विद्यालय के लिए राशि प्राप्त करने के लिए प्रचारित किया जा सके।
- मैं यहाँ दाता हूँ कि मैंने अपनी छवि और नाम का प्रयोग के लिए अनुमति दे दी है कि "कोशिका" फाउंडेशन को मेरी विद्यालय के लिए राशि प्राप्त करने के लिए प्रचारित किया जा सके।

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

*Jipali Das*

**AGREEMENT by HOSPITAL** - अर्थात् दाता द्वारा

- By affixing her/his signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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 use of the financial help received from another NGO or any other source.
  - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the mode of treatment/medication administered by the Hospital on the patient is based on the arrangement between the patient & the Hospital and 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 any manner.
  - हम यहाँ दाता हूँ कि हमने अभी तक किसी भी अन्य स्रोत से राशि प्राप्त नहीं की है, जो कि मेरी विद्यालय के लिए है।
  - हम यहाँ दाता हूँ कि हमने अभी तक किसी भी अन्य स्रोत से राशि प्राप्त नहीं की है, जो कि मेरी विद्यालय के लिए है।
  - हम यहाँ दाता हूँ कि हमने अभी तक किसी भी अन्य स्रोत से राशि प्राप्त नहीं की है, जो कि मेरी विद्यालय के लिए है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Date of Surgery अर्थात् दाता द्वारा <i>02/03/25</i>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i></p> <p><b>M.B.B.S M.S</b> Gold Medalist Reg. no. 71635</p> <p>(Name of the Doctor with Stamp)</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p>
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** - अर्थात् दाता द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्थात् दाता द्वारा <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्थात् दाता द्वारा <i>[Signature]</i>
---	---