

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0424/0106**  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **22.04.24**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **PRAFULLA DAS**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **69** SEX **M**  
वयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **LATE GOURHARI DAS**  
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **KHOLNA (N) 29 PARGANAS**  
वर्तमान आवासीय पता

**793946, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**  
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : **SHOPKEEPER**  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **6000x12 = 72,000/-**  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **स्वास्थ्य खाता संख्या**

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

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 संबंध
1.	<b>PRAFULLA DAS</b>	<b>69</b>	<b>M</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>REKHA DAS</b>	<b>56</b>	<b>F</b>	<b>WIFE</b>
3.	<b>BISWANATH DAS</b>	<b>29</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
4.	<b>CHANDAN DAS</b>	<b>26</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
5.	<b>PARUL DAS</b>	<b>20</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>

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

<input type="checkbox"/> <b>SPL Card (Attach Card Copy)</b> गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</b> अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>Ration Card (Attach Copy)</b> उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुशासक/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<b>DIAGNOSIS - CATARACT - RB</b>
	<b>SURGERY - RB (SIC + IOL)</b>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 AVAILED सी गई सहायता राशी



**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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिब्रार एवं कथन सत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए धन, इसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्णतः ही लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतलाया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस रकम का जमाका या मुआवजा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)**

- 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.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित हैं, जो "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, कथन/कथन द्वारा उद्देश्य से लुट्टी अभियानों और प्रकाशनों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व 'व्यक्ति' अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं पूर्णतः सत्य सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. 'व्यक्तियों' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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



आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

*अमर प्रसाद*

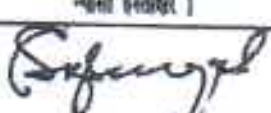
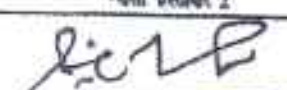
**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)**

- 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 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।  
 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निवृत्त/कथन हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट रूप से कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी प्रकार उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुधार और अन्य कामों को सही विधि/प्रक्रिया से ही रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>22/11/22</i>	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका नं. एवं र.	 OPTIM K. SANKAR DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2  
---	--