

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

UJ 0425 / 0180

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 27/04/2025NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

UTTAM SAMANTA

AGE-YEARS वय-वर्ष

56

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/काकुल का नाम

NIMAI SAMANTA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बसान ज़बासीद पटा
PUNYA, SAHARAMAT, SOUTH 24 PARGANAS
743504, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय घर

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
पेशाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

4000 X 12 = 48,000/-

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

PAN No. पांडे खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आव अर दाता है (जो मात्र हो उस पर सही का विश्वास लगाए)Yes / No
हाँ / 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.	UTTAM SAMANTA	56	M	SELF
2.	DOLY SAMANTA	52	F	WIFE
3.	SANJIT SAMANTA	24	M	SON
4.	KAUSHIK SAMANTA	19	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विविध आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साक्ष
गरीबी रखा के भीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को रखा प्रति संलग्न करें)	अल्प अय वार्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाग प्रति संलग्न करें)	उपरोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को लाग प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विविध का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/घासियार से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
(1) DIAGNOSIS — PATARAKI — RE		
(2) SURGERY — RE (S108 + 10L)		

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 ही रुप सहायता राशि

Koshika
foundation
Building block of life.



DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा कराया जाए:

- 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 प्राप्ति करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गए सभी विवरण यही अवधारी के अनुसार सही रूप में हैं। और कोई विवरण यही बदल असम्भव नहीं है। और कोई विवरण यही बदल असम्भव नहीं है।
- 2) मेरे हाथ से महापत्र लिखा "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जानकारी की पूर्णता के लिये विवरण लिखा, जो इस प्राप्ति में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विवरण सहायता के लिए उपलब्ध की गयी है, उस गयी की वास्तविक प्रक्रिया को सहायता की जानकारी से न लिया जाएगा और न ही विवरण में दृष्टि।

AGREEMENT by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा कराया जाए:

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to user/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 its 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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर का आगे की तरफ लगाकर, मैं (अप्पिकेंट) अपनी जानकारी की पुष्ट करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायिकों" को अधिकार करता हूं कि मेरे नाम, पता, फोटो और मेरी विवरण इस प्राप्ति में दृष्टियाँ हैं, उसे "कोशिका" एवं नामी, जान, जनन/जन इसरे उपरोक्त से युक्त गतिविधियों जो उपलब्धियों के लिये विवरण भी प्रस्तुत कराया जाएगा।
- 2) मेरे हाथ का विवरण यही इसाव के गहरे या चाहे जैसे उपरोक्त के लिये विवरण है। मेरे हाथ का विवरण यही इसाव के गहरे या चाहे जैसे उपरोक्त के लिये विवरण है।
- 3) मैं (अप्पिकेंट) इस काल से महापत्र हूं कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो मेरी सहायता के उपरोक्त से प्राप्ति हैं पुष्ट रूप से दृष्टि रखता जाएगा। महापत्र का हकदार यही बनता है। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायिकों का विवरण अवैध और बराबराही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्पिकेंट की हस्ताक्षर पर अपनी जानकारी विश्वास



AGREEMENT by HOSPITAL: अस्पताल द्वारा कराया जाए:

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से नामकरणी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से मान रखते हैं कि:

- 1) यह कि हम ने कोई भी विवरण में विविध सहायता कियी है या बदलावी जनस्वास या किये जाने वाले उपरोक्त से यही जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता कियी है। यह "कोशिका फाउंडेशन" हुए प्राप्ति विवरण वास्तविक अवैध रूप से दृष्टि रखता है। यह कोशिका फाउंडेशन को अन्य गैर मानकीय सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकार द्वारा दृष्टि रखता है। इस पुष्टि में अप्पति कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परदे उपरोक्त सहायता के लिये विवरण दृष्टि रखता है।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" ने कोई गैर मानकीय उपरोक्त विवरण दृष्टि रखती है। योगी जो हस्ताक्षर द्वारा दी गयी सहायता का किये जाने वाले उपरोक्त विवरण का दृष्टि रखती है वह हस्ताक्षर के लिये विवरण है। इसलिये अस्पताल ने योगी को इसाव सुना और अनें जाने की सारी विवरणों द्वारा एवं अस्पताल की हांगी और "कोशिका" को कोई घुसिका का विवरणही इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

संकेतन के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगेश्वर की तरीक्षा 24/04/2025	Dr. Shrikant Datta Director M.B.B.S, M.S (Gold Medalist) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) दाता का नाम व हस्ताक्षर व रोड. नं.	Optom Avhijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Sankara Jyoti Eye Hospital नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तर्राजीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1:

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2:

नामी हस्ताक्षर 2