

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रक्षापत्र)



APPLICATION No.: **K/0524/0131**  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **01/05/24**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **CHHABI GUHA**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **56** वर्ष-वर्ष  
SEX **F** लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: **NIRANJAN GUHA**  
पिता/सहस्रपत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **GANDHINAGAR, PANIHATI, NORTH 24**  
वर्तमान निवास स्थान

**PARGANAS 700114 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्वास्थ्य रक्षापत्र का**

**- AS ABOVE -**



OCCUPATION: **OWN BUSINESS**  
व्यवसाय

**MARRIED** (विवाहित) / **UNMARRIED** (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **3000x12 = 36,000/-**  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **आपकी जानकारी के बिना**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगा दें)

Yes / हाँ /   
No / 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.	<b>CHHABI GUHA</b>	<b>56</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>PAMPA ISHWAR</b>	<b>24</b>	<b>F</b>	<b>NEPHEW</b>

**BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए निम्नलिखित आधार

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) सहायता हेतु आधार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु निम्ने को चिह्नित करें

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</b>
2.	<b>SURGERY - LE (SICS + IOL)</b>

**ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 AWAIRED तो गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा करत:

- 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 विवरण सही रहन रहन गलत पाया जाता है तो मेरी आवेदन निम्न भी वापस ली जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से लेने का नहीं है, इसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा हूँ कि भविष्य में कभी भी इस उद्देश्य के लिए, इस धन का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करत)**

- 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.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) स्वयं सहमत हो चुकित करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके त्वासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़ सकते हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, सहायक के द्वारा जर्नल से मुद्रित अभिव्यक्तियों और प्रकाशितियों के लिये किसी भी प्रकार प्रयोग से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का प्रयोग मेरे कल्याण के लिये या मेरे चिकित्सा के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" व अन्य उद्देश्य के लिए है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सामान्य के उद्देश्यों से अधिक है मुझे स्वतः सहायता या उपचार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी त्वासीयों का निर्णय अंतिम और मान्यमान होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



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

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता नहीं कर सकते हैं।
- 1) यह कि न ही भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मरीज को देने या लेने की है, यदि कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हमें सहायता लेने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकार से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
  - 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किन गरी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने को सही विधियों से लेने का हस्पताल को अधिकार और "कोशिका" को कोई वित्तीय या वित्तीय इस संबंध में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृत के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>01/05/24</p>	<p><i>Dr. Shikhar Das</i></p> <p>M.D.B.S. M.S.</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regd. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और च. च.</p>	<p><i>OPTIM PRASAD DAS</i></p> <p>Senior Executive Officer</p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 सहस्रि हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 सहस्रि हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--