

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सेवापाल)



APPLICATION No.: K/0524/0153  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 08/05/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: PUSHPA DAS  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 71  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PANCHUGOPAL DAS  
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

3/38, ARAD HIND NAGAR, AGAR PARA, NORTH  
29 PARGANAS, 740109, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOME MAKER  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4500 x 12 = 54000/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. सवाई पत्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)  
क्या आप आय करदाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	PUSHPA DAS	71	F	SELF
2.	PANCHUGOPAL DAS	76	M	HUSBAND
3.	SUDIP DAS	42	M	SON

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बिपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एचएस प्रमाण पत्र के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof कतई कोई साक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किने पते किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
	SURGERY — LE — (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED सी गई सहायता राशि



DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यः

- 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.
- 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं और कोई विवरण सही रहन जमाना पत्र जमा है कि मेरी आवश्यक निर्यात को या सहायी है।
- मैं द्वारा जो सहायता उचित "उद्देशिक फंडमेंशन", में भी या नहीं है, इसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पत्र पत्र है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं है, उस उचित या उचित या सहाय निर्यात किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो किताब है और न ही भविष्य में कृपया

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-up/produce 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.

- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वेग पत्र, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह न्यायी, पत्र, साप्ताहिक दूरदर्शन या कृषी नवीनियमों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार पत्रपत्र से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र या निर्यात में सहायता के लिये या पत्र में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग पत्र, पत्र, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित की जायेगी कि सहायता या इच्छा नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उपाय न्यायोप" का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

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:

- 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.
- 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 आवेदनक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न ही भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उपाय रोमांचकता में होने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्यात अतिरिक्त/किसी हेतु सत्य नहीं किया जाता है कि अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में उपाय पत्र पत्र है कि सहायता सिफारिश पत्र उपाय रोमांचकता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेयावेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। उपाय या हस्ताक्षर द्वारा ही सही सहायता या किने गये उपकरण/उपाय का चुनाव उपाय एवं हस्ताक्षर को सौंप कर किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई पत्र नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में उपाय के प्रकार सत्य और सत्य करने की सही जिम्मेदारी उपाय एवं हस्ताक्षर को उपाय और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तिथि</p> <p>08/05/24</p>	<p><i>Dr. Siddhant Das</i></p> <p>M.B.B.S</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील व</p>	<p><i>OPTOM ANURAG DAS</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory) SANKARA JYOTI on behalf of Hospital जन्म व पत्र हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कर्मचारी उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safaryal</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>Safaryal</i></p>
---	---