

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0524/0156 APPLICATION DATE : 08/05/24  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : DHRUBA DAS AGE-YEARS 63 SEX M  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : AMULYA DAS  
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS MAHIS POTA, NATAGARH, NORTH TWENTY

FOUR BARGANAS '700113' WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : RICKSHAW PULLER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 2500 x 12 = 30,000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं उल्लेख

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर गहरी का चिह्न लगाएं) Yes / No हा / 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 से संबंध
1.	<u>DHRUBA DAS</u>	<u>63</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>NUPHIA DAS</u>	<u>56</u>	<u>F</u>	<u>WIFE</u>
3.	<u>KUNJAI DAS</u>	<u>32</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
4.	<u>KAROLI DAS</u>	<u>29</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु दिखे गये किसी का उद्देश्य:

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

**ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED सी गई सहायता राशि

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त है जो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इसमें घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में कभी भी इस प्रकरण की मदद, इस रोग या अंगण के प्रत्येक अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये जाये 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 & authorise 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो जाऊँगा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यक्तियों' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से सभी भविष्य में और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति में प्रस्ताव को पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या उसके अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्थ में से प्रेषित हैं पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा उसके अधिकृत का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निम्न

*Shruba Das*

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)

- 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, अनुमति की और से सम्बन्धी को "कोशिका फाउंडेशन" से निम्न सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जायेगी, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निम्न उक्त के अभाव में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रस्ताव हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य रोगी संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया जाता है। रोगी को हस्पताल द्वारा ही मांगी सहायता या निर्णय एवं उपचार/क्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इच्छा अनुसार और अपने कर्म की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
08/05/24

*Dr. Sankar Das*  
M.B.B.S. MS  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

*OPTOM ANURAG DAS*  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
SANKAR DAS  
SANKAR DAS

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION  
आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
रक्षक 1  
*Sankar Das*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
रक्षक 2  
*Sankar Das*