

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **W/0524/0161** APPLICATION DATE : **10/05/24**  
 आवेदन संख्या : **W/0524/0161** आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **RITA DEY SARKAR** AGE-YEARS **55** SEX **F**  
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **PRABIR DEY SARKAR**  
 पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान निवासी पता**  
**NALSA GRAM, ASAR PARA, NORTH 24**

**PARGANAS 900109 WEST BENGAL**

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



OCCUPATION : **TAILOR** **MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)**  
 व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : **1500 x 12 = 18,000/-** (Attach Proof of Income)  
 वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. **स्वयं घोषित**  
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी 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.	<b>RITA DEY SARKAR</b>	<b>55</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>RAKHI DEY SARKAR</b>	<b>28</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>
3.	<b>TIYASHA DEY SARKAR</b>	<b>25</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>

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

<b>BPL Card (Attach Card Copy)</b> सटीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतप प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</b> अन्य अन्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतप प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card (Attach Copy)</b> रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की कतप प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
**सहायता हेतु निम्ने मने निम्नी का उद्देश्य:**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached समसामयिक/दोषित से जारी की गई प्रतिवेदन 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 सी गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** (आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा करना)

- 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरी आवेदनपत्र एवं चलन चलान प्राप्त करना है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए धन, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताए गए हैं।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को कोई भी भुगतान या सहायता किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न प्राप्त होगी और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदनकर्ता द्वारा स्वीकार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 donors 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.
  - 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रारूप में जोड़ा जा सके, उसे "कोशिका" द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, उद्देश्यों के लिये प्रचारित करने के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप या विवरण को प्रसारित करने के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत किया जाता है।  
 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रचारित करने के लिये मेरी सहायता का प्रसारण नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त अधिकृत करने के लिये अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

- 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 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.
  - 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.
- इसमें स्वीकार्य, हस्ताक्षर की ओर से आगे के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से भविष्य में सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार कर रहे हैं।  
 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये सहायता प्राप्त करने के लिये, यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में उक्त बात बताई है कि सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं होगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिले हुए सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुचारु और अपने अपने को सही विधि/प्रकार से ही होगा।  
 "कोशिका" और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या सहायता इस प्रकार से नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये संयुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/05/24	Dr. S. S. Das M.B.B.S. (Name of Dr. & Regy. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व ठेका नं.	OPTOM ANURAG DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKAR HOSPITAL, ... नाम व पद हस्ताक्षर और मुद्रा
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (आवेदनकर्ता के लिये)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
--	--