

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)



APPLICATION No.: K/0524/0215 APPLICATION DATE 19/05/24  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RINABALA GHOSH AGE-YEARS 53 SEX F  
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAILEN CHANDRA GHOSH  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: JHINKA TYANTRA NEORA (P), BHAGLA

NORTH 24 FARGANAS 743002, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 x 12 = 72,000  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाल छोड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ / No / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	RINABALA GHOSH	53	F	SELF
2.	SAILEN CHANDRA GHOSH	60	M	HUSBAND
3.	JOVITA HALDER	31	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) रसोयनी कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवा/परीक्षण सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा बयान)**

- 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 the assistance is requested.
- मैं यहाँ बयान करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताया जाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस आँसे यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने की पुष्टि कर रहा हूँ। इसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्णतः ही किया जायेगा। यदि इस प्रपत्र में सच नहीं बताया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ बयान कर रहा हूँ कि मैंने अबतक कतु भी इस प्रकार की सहायता से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त नहीं की है।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा बयान)**

- 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.
- 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 का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हूँ हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यक्तियों'" को आवश्यकता पड़े पर मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में शामिल करे, उसे "कोशिका" एजम्प्लि के माध्यम से प्रसारित करे और अन्य माध्यमों से मेरी जानकारी को प्रसारित करे। इस प्रपत्र में माँगा गया सहायता के लिए मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" को सौंप दिया है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रपत्र में शामिल करके "कोशिका फाउन्डेशन" को सौंप दिया जायेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एजम्प्लि के माध्यम से प्रसारित किया जायेगा और अन्य माध्यमों द्वारा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान





**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा बयान)**

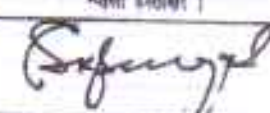
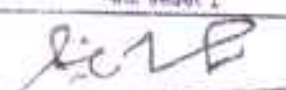
- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
  - हमारे अतिथि, हमसुधारी की सेवा में समर्थन/सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से पट्टा या स्वीकार करते हैं:
    - यदि हमें या कोशिका और न ही वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होसके-सकते हैं तो यह खतरा है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किरी वित्तीय सहायता हेतु अक्षर सही किया जाता है तो हमसुधारी किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार से मदद प्राप्त करता है कि हमसुधारी द्वारा प्राप्त सहायता हेतु किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से नहीं लेसके-सकते।
    - "कोशिका फाउन्डेशन" से ही ही सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमसुधारी द्वारा ही ही सहायता का निर्णय हमसुधारी/रोगी के सुख के लिए ही है। हमसुधारी द्वारा ही ही सहायता का निर्णय हमसुधारी के सुख के लिए ही है। हमसुधारी द्वारा ही ही सहायता का निर्णय हमसुधारी के सुख के लिए ही है। हमसुधारी द्वारा ही ही सहायता का निर्णय हमसुधारी के सुख के लिए ही है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <b>19/05/24</b>	 M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 <b>OPTOM ANURAJ DAS</b> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKARAYOGALAYA HOSPITAL
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------