

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/052A/0216**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **19/05/24**

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: **SEFALI BISWAS**

AGE-YEARS / आयु (वर्ष): **64**

SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रज का नाम: **MADHUSUDAN BISWAS**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **PATNARGHATA, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS**

**700135 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:

**— AS ABOVE —**

OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  /

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

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

PAN No. / स्वयं का PAN संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्न 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 से संबंध
1.	SEFALI BISWAS	64	F	SELF
2.	MADHUSUDAN BISWAS	70	M	HUSBAND
3.	RAMKRASH D BISWAS	38	M	SON
4.	PALU BISWAS	34	M	SON
5.	BITOLA BISWAS	29	M	SON

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

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे करने चिन्हित का उद्देश्य:

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

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

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

**DECLARATION by APPLICANT.** (आवेदनकर्ता द्वारा कथना) :

- 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 employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ कथना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन या कथन असत्य पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ कथना करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली जा रही है, इसका उपयोग उम्मीदवार को पूर्णतः ही सिवा विद्युत लागत, या इस प्रकार में करा गया है।
- 3) मैं यहाँ कथना करता हूँ कि क्या सहायता हेतु मैं प्रत्येक को नहीं है, उस दवाइयों या उपकरणों या सहायता के लिए अन्य सहायता/बिमा-कंपनी से न या सिवा ही और न ही अधिक में होगा।

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after any 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) अपनी जानकारी को पूर्णतः सत्य एवं सही "कोशिका फाउन्डेशन और उसके आचार्यों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, इस "कोशिका" फाउन्डेशन, रोग, कल्याण हेतु इत्यादि में पूरा निवेदन/सहायता के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी सहायता का निवेदन मेरे इच्छा के बिना या कभी भी कभी के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है। इस संबंध में "कोशिका" फाउन्डेशन आचार्यों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदनकर्ता का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL.** (हॉस्पिटल द्वारा कथना)

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 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.


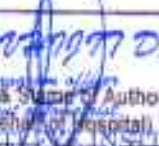
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे उप (हस्ताक्षर) चिह्न प्रकाश में रखा या अधिकृत करते हैं।

1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिए अन्य सहायता से प्राप्त करेगा/करने में लगे या नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो अन्य सहायता किसी अन्य रोगी/रोगी के लिए अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुविधा में जमा रकम प्राप्त है कि अन्य सहायता सिफारिश नहीं करेगा/करने हेतु किसी भी रोगी/रोगी के लिए अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लगे या सहायता/रोगी के लिए वित्तीय सहायता की है। रोगी का इलाज/उपचार ही नहीं सहायता का चिह्न न तो सहायता/रोगी के लिए सहायता का चिह्न न ही "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई अधिकृत नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में लगे या इच्छा प्राप्त और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां सभी एवं हस्ताक्षर की ओर और "कोशिका" को कोई सहायता या सिफारिश/रोगी इस संबंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकार्यता के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/05/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व क्षेत्र संख्या व तिथि	 <b>OPTOM ANURAG DAS</b> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on Behalf of Hospital) <b>SANKAR JYOTI INSTITUTE</b>
--	--	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
