

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रोज़माल)



APPLICATION No.: K/0521/0219  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 19/05/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BEDANTA BISWAS  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 62  
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KARTICK BISWAS  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान वास्तव्य पता

KORAKATI, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS  
743446 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवसर्ग्य पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: FARMER  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 x 12 = 60,000/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No  
हां / 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.	BEDANTA BISWAS	62	M	SELF
2.	DIMA BISWAS	53	F	WIFE
3.	BARUN BISWAS	39	M	SON
4.	BAREN BISWAS	26	M	SON
5.	TULSI BISWAS	20	F	DAUGHTER

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

SPL 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनतों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** उम्मेदवार द्वारा संस्था पर:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही और सत्य हैं। कोई भी झूठा बयान मेरी आवेदन और जारी की गई सहायता को अमान्य कर सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त की है और न ही प्राप्त करने की योजना है।

**AGREEMENT by APPLICANT (उम्मेदवार द्वारा करता)**

- 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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (उम्मेदवार) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "उद्देश्य" के लिए सहायता प्राप्त करने की योजना बनाई है। मैंने घोषणा की है कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग किए जाएंगे, जिनके लिए सहायता मांगी जा रही है। मैंने Koshika Foundation और/या उसके निर्याताओं के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए भी सहमत होना स्वीकार किया है। इस उद्देश्य के लिए सहायता मांगी जा रही है। मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग Koshika Foundation द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (उम्मेदवार) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही किया जा सकता है। सहायता मांगी जा रही है। इस उद्देश्य के लिए ही सहायता मांगी जा रही है।

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

उम्मेदवार के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


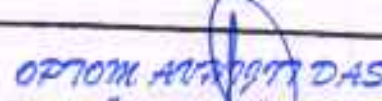
*(Handwritten signature)*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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.

- उम्मेदवार, रोगी और डॉक्टर के हस्ताक्षरों के बिना "उद्देश्य" के लिए सहायता देने का विकल्प नहीं है। मैंने इन (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से स्वीकार किया है।
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की योजना नहीं बनाई है, क्योंकि मैंने Koshika Foundation से सहायता प्राप्त करने की योजना बनाई है। यदि सहायता पूर्ण नहीं है, तो मैंने अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने की योजना बनाई है। यह पुष्टि करता है कि मैंने Koshika Foundation से सहायता प्राप्त करने की योजना नहीं बनाई है।
  - 2) "उद्देश्य" के लिए सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और मेरी या रोगी के हस्ताक्षरों से ही सहायता मांगी जा रही है। मैंने यहाँ उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का पूरा जवाबदारता स्वीकार की है और "उद्देश्य" के लिए सहायता मांगी जा रही है। मैंने यहाँ उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का पूरा जवाबदारता स्वीकार की है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  19/05/24	 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKAR
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आंतरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अधीनस्थ 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अधीनस्थ 2
