

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0624/0330**  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **21/06/24**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **BIPLAB DAS**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: **67** SEX: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **JAMINIMOHAN DAS**  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **KHASBALANDA, HAROA, NORTH 24 PARGANAS  
MADADS, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**



OCCUPATION: **TEA STALL**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **2000 x 12 = 24,000/-**

(Attach Proof of Income)  
(सबूब का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

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

Yes / No  
हां / नहीं

**FAMILY DETAILS** (परिवार विवरण)

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1.                     | <b>BIPLAB DAS</b>                                 | <b>67</b>                  | <b>M</b>       | <b>SELF</b>                               |
| 2.                     | <b>RAJU DAS</b>                                   | <b>21</b>                  | <b>M</b>       | <b>NEPHEW</b>                             |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

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

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <b>BPL Card</b><br>(Attach Card Copy)<br>सही ढंग से नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें) | <b>EWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)<br>सबूब साथ में प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें) | <b>Ration Card</b><br>(Attach Copy)<br>आपूर्तिकर्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें) | <b>Any Other Basis/Proof</b><br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--|---|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु लिये गये विनिर्दिष्ट उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कितनी राशि सहायता मिली |
|------------------------|---|--|
|                        |   |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |

**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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निवृत्त एवं सचपन संशय पैदा जहाँ है तो मेरी प्रार्थना निम्न की जा सकती है।

2) मैं यहाँ से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ तो है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, या इस प्रपत्र में बता गया है।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु पर आवंटित की गई है, जब तक कि या अतिरिक्त या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

1) 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.

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अतिरिक्त करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित है, इस "कोशिका" एजम् 'व्यवस्थापकों, दान, सहायता/या दूसरे उद्देश्य से मुझे 'निर्वाहियों' और 'उपलब्धियों' के निर्देश दिवसों की प्रसार सहायता से प्रसारित करने के लिए अतिरिक्त है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" पर जारी अतिरिक्त है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित की जायेगी। सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एजम् 'व्यवस्थापकों' का निर्देश अंतिम और सहायकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा करार)

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.

इससे अतिरिक्त, हस्ताक्षर की जायेगी और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जायेगी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

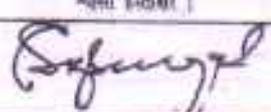
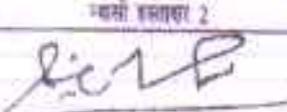
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पान करने में हमें या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत/रोगी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रति में 'हम' द्वारा उल्लेख है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त उद्देश्य हेतु सिफारिश की जायेगी अंतिम या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/पाने।

2 "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने पर सहायता अंतिम वित्तीय प्रयुक्ति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या निम्न (यदि उपलब्ध/अतिरिक्त का चुनाव रोगी पर हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी पर उपचार प्रदान और जाने जाने की जायेगी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रयुक्ति या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 स्वीकृती के लिए अनुमति

|  |  |  |
|--|--|--|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>21/06/24 | <br><b>Dr. Subodh Das</b><br>M.B.B.S. MS<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>इन्फो-का पांचवें मंजूर 2 एच 2 | <br><b>OPTIONAL SIGNATURES</b><br>Sankar Das<br>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)<br><b>SANKAR DAS</b><br>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|--|--|--|

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

|   |  |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>अवस्था 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>अवस्था 2<br> |
|---|--|