

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या :

K/0815/1008

APPLICATION DATE  
आवेदन तिथि

14/08/15

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

ARATI SAHA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/कटुम्ब का नाम

GOUR CHANDRA GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

26 NIMTAHA GHAT STREET BEADON STREET,  
KOLKATA 700006, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :  
व्यवसाय

HOME MAUER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

5000 x 12 = 60,000

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

PAN No. स्थायी 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.<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 के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | ARATI SAHA                                        | 58                         | F              | SELF                                            |
| 2.                     | ANUPAM SAHA                                       | 29                         | M              | SON                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSTIC; CATARACT (RE)                                                                    |
| 2.                     | SURGERY; RE (CICU + IOL)                                                                     |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुए भएमा पत्र:

- DECLARATION by APPLICANT: **अवश्यक हुन कथना यः**
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी बिबला पेटे जानकारी के अधुनक समय एवं सही है। यदि कोई बिबला एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पेट्री लायाया नियम की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापता राशि "कोरिका जावाइलन", से जो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं धृष्टि करता हूँ कि बिबि महापता होतू यह प्रश्न की गई है, उस राशि का अधिक या कमल हिस्सा किसी अन्य सोल/निर्वाचक/कोन कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

**AGREEMENT by APPLICANT (संबद्ध द्वारा कर्तव्य)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मैं हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

- 2) ये (अवेदक) इस बात से संतुष्ट हैं कि ये नाम, पता, ज्योति और विद्या जो कि महात्मा के उद्देश्यों से प्राप्ति है पुत्रों स्वतः, महात्मा का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में “कौशिक” एवम् उसके व्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन को दायित्व या अंगुठी का निशान

ଆହୁ ଅଶ

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospitals) 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.

- 1.) यह कि न तो संस्थान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त लोगों/घातले में लाने या ले जाने है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विकारित/जिनसे उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अधिकांश/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अव्यवस्थित किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अव्यवस्थित द्वितीय मदद उक्त लोगों/घातले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फायन्डेशन" से ले गई सहायता कोषल वित्तिय प्रकृति की है। ऐंगी पर इम्पतल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐंगी एवं इम्पतल को बीच का विषय है और "कोशिका फायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिए इम्पतल में ऐंगी के इलाज सुझा और अने खाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं इम्पतल की होगी और "कोशिका" को कोई भुजिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Date of Surgery**  
ऑपरेशन की तारीख

16/08/25

Dr. Shibashis Das

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हावर्ह: लव: ११२ ६: ६६६६६६ व रीब, न

Optom Anjlit Das

Senior Program Officer

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

यस व सद इन्धनल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

### आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्तख़ा ३

Rich