

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1124/1322  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 27/11/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: THAKURPADA GAYEN  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 60  
SEX लिंग: M

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता  
DAUDPUR, NORTH TWENTY FOUR

PARGANAS 743611, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: FLOWER SHOP  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000x12 = 60,000/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई छात्र 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 लगाएं)

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.	THAKURPADA GAYEN	60	M	SELF
2.	ANURADHA GAYEN	56	F	WIFE
3.	PRITHIRAJ GAYEN	27	M	SON
4.	ARPIYA GAYEN	23	F	DAUGHTER
5.	ABHOMITA GAYEN	21	F	DAUGHTER
6.	PAPIYA GAYEN	18	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जांच प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जांच प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की जांच प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विनती 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 (STCS + IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता राशी

**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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की सख्ततापूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के पूर्ण रूप से उपयोग के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जिसके लिए मैंने इस प्रकरण में सहायता मांगी है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न कोई भी रिफंड मांगूँगा 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 & authorise 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" एम्प्लॉयर्स, दूर, संचार/प्रकाश इत्यादि उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे कर्तव्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व त्रस्टीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है प्रभु स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनेगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" एम्प्लॉयर्स त्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और अप्रचलनीय होगा।

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

*Thakurpale Ganga*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्तागत द्वारा करार)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.

- हस्तागत अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/सहमति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तागत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से उच्च रोगी/रोगिणी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं की जा सकती है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल कौनसे भी सहायता हेतु किसी भी सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्तागत द्वारा भी यह सहायता या बिना किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तागत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्तागत में रोगी के इच्छा सुना और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्तागत की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
इसके द्वारा की जाए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p><i>24/1/24</i></p>	<p><i>Dr. Suresh Chandra</i> Director M.B.B.S. M.S. (Gen. Med.) (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p><i>OPTIC AIRLINES</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तागत अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रस्टी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safarpur</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रस्टी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	---