

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1125/1774

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/10/2025

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

PARESH DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

KANTA DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BARHARHATI, NORTH 24 PARGANAS, 743402,

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

COBBLER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

2000 x 12 = 24,000/-

(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.	PARESH DAS	70	M	SELF
2.	KAMALA DAS	62	F	WIFE
3.	LITPA DAS	34	M	SON
4.	RAKHI DAS	30	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL 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 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 - (E (OPH-TOL))

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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 23 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.
- 24 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.
- 25 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.

11) मैं सोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है; यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

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 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 हस्तक्षेप या ज्ञानों को साफ़ तयकर, मैं (आवेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं “कोशिका काउंटिंग और उसके व्यतीत” को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे “कोशिका” सूचक ज्ञानी, गान, गायन/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 में इलाक़ को पहले या बाद में करने के लिए “कोशिका काउंटिंग” व ज्ञानी अधिकृत है।

2) मैं (अन्वेषक) इस बात से सहमत हूँ कि पैरा गाम, पला, फाँटी और विवरल जो कि महापता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः महापता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रथम उसके न्यायिणी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

असंख्यक से हटाना या अंगरे का निगान

ਮਾਣਯੋਗ ਭਾਈ

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 (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.

हमारे अधिकृत इस्तेफारी को और से समालोचनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विधिप सहायता हू। निगरानि की जाती है, जिसे हम (हमसाल) विम प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य साधन से उक्त होनी/पायलें में लेगे या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विकिरण/किरणोत्पन्न उष्मा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियत अतिशय/अत्यधिक होतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्पादन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस बृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त होनी/पायलें हेतु किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका पाठ्यपुस्तक" से ली गई तथ्यावली केवल शिक्षित प्रकृति की है। ऐसी जगह हस्तगत द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका पाठ्यपुस्तक" द्वारा किसी प्रकार का कोई बयान नहीं है। इसलिए हस्तगत में ऐसी जगह इलाज सुझा और अपने जाने की सारी विमर्शनी ऐसी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या विमर्शनी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हवीकवी के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/11/2025

MBBS MS

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व पत्र नं.

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

यस व पर हस्मताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक दृष्ट्यांग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यामी एलएफ

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो हस्तोऽथ ।

Self