

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION NO.:  
आवेदन संख्या :

K/0423/0061

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि :

11/04/2023

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

SARASWATI SAMANTA

AGE-YEARS वय-वर्ष  
SEX लिंग

56 F

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

KABINATH SAMANTA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बस्तमान आवासीय पता  
BANKURA DAK SHIN PARA, HOWRAH, 711403,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :  
जब्तपाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक वर्ष

NIL

(Attach Proof of Income)  
(वर्ष का साध्य मंत्रालय)

PAN No. स्थान कार्य संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप जब्त का दाता है (जो वाच्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SARASWATI SAMANTA	56	F	SELF
2.	KABINATH SAMANTA	55	M	HUSBAND
3.	AISHWARYA SAMANTA	23	M	SON
4.	SOMA SAMANTA	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विवरित आधार

BPL Card (Attach Card, Copy) गरीबी रेखा की नीचे प्रमाण पत्र (एमांप पत्र की ओर प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उत्प अव वर्ग प्रमाण पत्र (इनाम वर्ग की ओर प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रदान वर्ग की ओर प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनाश का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आव्याप्ति/डॉक्टर से जारी की गई इतिहास भूचौरी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RF

2. SURGERY - RE (STCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिए 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 AWAILED ली गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:-

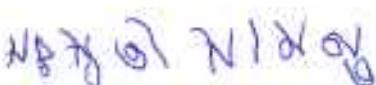
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण सभी जासूसी की अनुमति सहित दिये गये हैं। यदि कोई विवरण इस प्रकार बदल जाता है तो मेरी याचारण नियम की ओर सहजी है।
- 2) मैं इस जॉडी सहायता की "जोखिमका फाइनेंसर", में भी जो तो है, उसका उपलब्ध उनी उपरोक्त की पूर्णी की लिखे विवरण बायोग्राफी जॉडी इस प्राप्ति में दिया गया है।
- 3) मैं पूर्ण-जाता हूँ कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति की जीव है, उस योग का जालिका या सकल विस्तृत किसी भी अन्य जोखिमका व्यापारी से न दिया है और वही स्वीकृति में दी गई।

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

- 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 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 प्रति का अपने हस्ताक्षर या जोड़े को जाव लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ण-जाता हूँ कि "जोखिमका फाइनेंसर" की अधिकृत करता हूँ कि मैं यह याचारण इस प्रकार में दीक्षित हूँ, उसे "जोखिमका" एवं न्यायी, दान, जालिका का दूसरे उपरोक्त में दीक्षित गोखिमियों और उपसमितियों की लिखे किसी भी प्रमाण याचारण से प्रसारित करते वा दिए जायेगा है। ये प्रति का विवरण में इसके काबू में करने के लिए "जोखिमका फाइनेंसर" का न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा जन, जन, जोड़े जो विवरण जो कि सहायता की उद्देश्यों से ज़रूरित है युक्त याचारण, सहायता का हकादार वही बनता। इस प्राप्ति में "जोखिमका" एवं उसके न्यायियों का निर्धारण अंतिम और वास्तविकी होता।

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

आवेदक की हस्ताक्षर का अनुरूप का नियम

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)**

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:

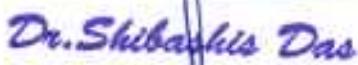
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से याचारणों को "जोखिमका फाइनेंसर" से विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, विवरण हम (हस्पताल) नियम प्रकार में याचारण व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो परियोग और न ही परिवर्तन में विविध सहायता किसी भी सहायता संघरण या किसी अन्य ज्ञात से इस दोनों व्यक्तियों में से भी या ऐं नहीं है, जैसे कि हमने "जोखिमका फाइनेंसर" से विवाहित/विवाहित उल्लंघन के सम्बन्ध में "जोखिमका फाइनेंसर" द्वारा याचारण हेतु दिया है। यदि "जोखिमका फाइनेंसर" द्वारा सहायता किसी अधिकारक व्यक्ति नहीं दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य वा साकारी संस्था या किसी अन्य समाजपात्र से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टिकोण से अस्पताल द्वितीय पारदर्शक उल्लंघन हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं सेना/सेनी।

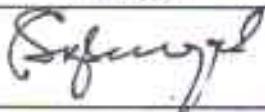
- 2) "जोखिमका फाइनेंसर" से भी नहीं सहायता कोई विविध प्रकृति की है। योगी या हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किसी गाँव उपनिवासी/प्रक्रिया का चुनाव हेतु एवं इस्पताल के बीच या विषय है और "जोखिमका फाइनेंसर" द्वारा किसी प्रमाण का जोई याचारण नहीं है। इसके अस्पताल में होनी के इसके सुधार और आवे बातों को सही विवरण दिया जानी एवं "जोखिमका" को जोई पूर्णिया या नियमिती हम प्राप्ति में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती की लिखे नीत्यता

  
**Dr. Shibashis Das**  
M.P.H.M.S  
S.P.I.M.H.S  
Reg. No. YD038

  
**OPTOM ARUN DAS**  
Senior Professor (Onc)  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of HOSPITAL INSTITUTE  
SANKALP द्वारा हस्पताल द्वारा अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION सहायता उपलब्ध है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2