

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0719/0694	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	02/07/19
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	JAYDEB HALDER	AGE-YEARS आयु-वर्ष	57
		SEX लिंग	M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम	HARENDRA HALDER
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता	
BL A1, 2ND FLOOR, FL 212, NONA DANGA, CHOWBAMUNG, KOLKATA 700105, WEST BENGAL	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता	
AS ABOVE	

OCCUPATION: व्यवसाय	CONTRACT LABOURER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	RS 1760 x 12 = 20400/-	(Attach Proof of Income) (आय का सक्षम 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 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 सम्बंध
1.	JAYDEB HALDER	57	M	SELF
2.	BIPAL HALDER	50	F	WIFE
3.	SRABANTI HALDER	27	F	DAUGHTER
4.	SAUMEN HALDER	24	M	SON

## 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 सक्षम
---	---	---	--

## "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 - RE
2.	SURGERY - RE (SECS + 500)

## 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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि



DECLARATION by APPLICANT: **अवेरक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 प्रारूप 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) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में पद पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समतल निरस्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, ट्रस्ट, कार्यकारी दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण यही इसका वह पहलू है जो मैं अपने काम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से उल्लिखित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षित के अनुसार यह अंगरेजों का विजय



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल डू नुत)

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 इन्फोर्मरों को और दो सप्ताहों/दोनों को "संवेदनशील परामर्शदाता" से विविध साक्षात्कार हेतु रिफरिंग की जाती है, जिसे हम (इन्फोर्मर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही व्यक्ति में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य खोस से उठा रोले/पायले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वितरित उठा के सम्बंध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित वित्तीय/पायल हेतु मरदु नही किया जाता है तो अगमलत किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगमलत वित्तीय मरद उठा रोले/पायले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से नही लेता/लेती।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय शक्ति को है। रोले पर हममलत द्वारा ही मैं सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का धुपय रोले एवं हममलत के बीच का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नही है। इसलिये हममलत में रोले के इलाक सुरक्षा और जाने जाने की सारी ज़िम्मेदारी रोले एवं हममलत को होती और "कोलिका" को कोई अधिकार या ज़िम्मेदारी इस मामले में नही होती।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्थापि

Shib Sankar Bhattacharya

Saurat Education & Research Center

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

नाम व पद हमसुखाल अधिकृत अधिकारी

**Date of Surgery**  
ऑपरेशन की तारीख

08/07/19

Dr. Arghya Das  
August 18, 2024

Ref. No. 69372

Education &amp; Rese?

Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हाथ का नाम व हस्ताक्षर व पंक्ति नं.

## FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

### आन्तरिक उपचार हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

Erbenzyl

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अध्यायी ४५

2020