

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/1219/2023**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **14/12/19**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम **LELA MAJUMDAR**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **46** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम **SRIKANTA KARMAKER**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता  
**SITAHATT, NATHATT, KETUGRAM II,  
BARDHAMAN 713130, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता

**— AS ABOVE —**

OCCUPATION : व्यवसाय **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **RS 2200 x 12 = 26400/-**

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. मार्ग संख्या संकेत

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को यन्त्र जो उस पर चिह्न का निशान लगाये) Yes / NO हाँ / 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.                  | LELA MAJUMDAR                                  | 46                      | F           | SELF   |
| 2.                  | ANIL MAJUMDAR                                  | 51                      | M           | HUSBAND                                      |
| 3.                  | SOMA MISTRY                                    | 22                      | F           | DAUGHTER                                     |
| 4.                  | SAMPA MANDAL                                   | 20                      | F           | DAUGHTER                                     |
| 5.                  | PRATAP MAJUMDAR                                | 16                      | M           | SON  |

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

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| BPL Card (Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करना) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करना) | Ration Card (Attach Copy)<br>उपभोक्त्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करना) | Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|--|---|

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अनुसंधान/प्रातिपत्र से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत |
|---------------------|---|
| 1.                  | DIAGNOSES - CATARACT - RE   |
|                     | R. SURGERY - RE (SICS + IOL)  |

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:**

- 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 सही 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 दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उल्लेखित की गई जानकारी के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से व ले भिन्न है और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)**

- 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, छापी, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण में मुझे प्रकाशित करने और प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का निशान देकर प्रकाशित करने या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने से प्रकाशित करने के लिए मैं स्वतंत्र रूप से सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रकार मैं "कोशिका" द्वारा प्रकाशित अधिकृत और प्रकाशित होता हूँ।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & except 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, हस्ताक्षर को और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से घोषणा कर रहे हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने/पूरा करने में हमें या हमें नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रकारित उठा लेने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असमर्थन हेतु मांगू नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता वित्तीय स्तर उठा लेने/पूरा करने हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमें सहायता के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हमें सहायता से रोगी को सहायता प्रदान और अपने कर्तव्य को पूरी जिम्मेदारी लेने एवं हमें सहायता को लेने और "कोशिका" को कोई दूषित या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**Dr. Diptesh Datta**  
 Reg. No. - 64686 (WBMCA)  
 RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Shib Sankar Bagchi**  
 Director  
 Busat Eye Foundation & Research Centre

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तारीख  
 14/12/19

M.B.B.S., D.O.  
 Busat Eye Foundation & Research Centre  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिप्पणी

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 न्यायी हस्ताक्षर 2