

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                                                                         |                                                                                              | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                  |                | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life.</small> |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                                                                                                                                     |                                                                                              | K/0226/2308                                                                                                         |                | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि : 01.02.2026                                                                                                                 |            |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम :                                                                                                                                                                   |                                                                                              | SARASWATI ROY                                                                                                       |                | AGE-YEARS आयु-वर्ष :                                                                                                                                          | SEX लिंग : |
|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     |                | 71                                                                                                                                                            | F          |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/पति का नाम : BINAL KUMAR RAY                                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता :<br>DHALTITHA, NORTH 24 PARGANAS -<br>743412, WEST BENGAL.                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता :<br>AS ABOVE                                                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय : HOUSE WIFE                                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED                                                                        |            |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय : 1680 X 12 = 20,160/-                                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                | (Attach Proof of Income)<br>(आय का सक्ष्य संलग्न)                                                                                                             |            |
| PAN No. रपाईं छाता संख्या :                                                                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो वाक्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) : <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                  | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                            | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                          | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                                                                                               |            |
| 1.                                                                                                                                                                                                      | SARASWATI ROY                                                                                | 71                                                                                                                  | F              | SELF                                                                                                                                                          |            |
| 2.                                                                                                                                                                                                      | BIMAL KUMAR RAY                                                                              | 82                                                                                                                  | M              | HUSBAND                                                                                                                                                       |            |
| 3.                                                                                                                                                                                                      | SWAPNA MONDAL                                                                                | 41                                                                                                                  | F              | DAUGHTER                                                                                                                                                      |            |
| 4.                                                                                                                                                                                                      | SHAMPA RAY                                                                                   | 29                                                                                                                  | F              | DAUGHTER                                                                                                                                                      |            |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए विनति आधार :                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                                             |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                    |            |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई सक्ष्य                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किने गये विनतों का उद्देश्य :                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                  | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
| 1.                                                                                                                                                                                                      | DIAGNOSIS - CATARACT (RE)                                                                    |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
| 2.                                                                                                                                                                                                      | SURGERY (RE) - SICS + IOL                                                                    |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                  | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                     |                | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी                                                                                                       |            |
|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |
|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                               |            |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक 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 दिए 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) जो इस की सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता पड़ा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु का प्रार्थना की जा रही है, उस राशि का अधिकतम या कतल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्माणा/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रारूप में जोड़ा है, उसे "कोशिका" एम्पु, न्यूज, पत्र, संचारण दूरदर्शन से जुड़ी पत्रिकाओं और दस्तावेजों के लिये किसी भी प्रकार उपयोग में प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप को चलने या चल में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्ण रूप से सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्पु उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

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

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.

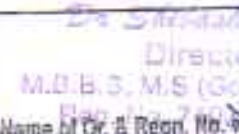
इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से मार्गदर्शकों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा जो हमें से लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उठा के उपरान्त में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने तक। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने तक सिफारिश/निर्णय हेतु अन्य स्रोत से सहायता मिलने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उठाया जायेगा हेतु किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

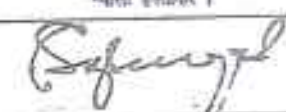
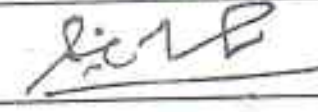
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और करने करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख | <br>Dr. Sankar Das<br>Director<br>M.D.B.S. M.S. (General Medicine)<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | <br>Optom Anujit Das<br>Senior Refractive Optician<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                        | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                          |
|  |  |