

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
 Koshika Foundation Building block of life.					
APPLICATION No.: K/0226/2310		APPLICATION DATE: 02.09.2026			
NAME of APPLICANT: NAMITA SARKAR		AGE-YEARS: 65	SEX: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DHIRENDRANATH SARKAR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>GHODADANGA, PANITOR, NORTH 24</u> <u>PARGANAS - 743292, WEST BENGAL.</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>					
OCCUPATION: HOME MAKER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 10000 X 12 = 1,20,000/-				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. <u>स्थाई खाता संख्या</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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.	NAMITA SARKAR	65	F	SELF	
2.	DHIRENDRANATH SARKAR	72	M	HUSBAND	
3.	BHOLANATH SARKAR	34	M	SON	
4.	RUMA SARKAR	29	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) उपभोग्य 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 (LE) - SICSTOL				
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 लौ 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निवर्तन एवं कथन सत्य तथा सही है तो मेरी सहायता निवर्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में परा गय है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या सहायता किसी अन्य स्रोत/विपणनकर्ता/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उन्हें "कोशिका" एम्बल्म, पत्र, पत्रिकाएँ, दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाएँ और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवर्तन मेरे प्रकरण को पूरने या धार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्म न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाईं थंब का निशान

बसिष्ठा मिश्रा

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 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.

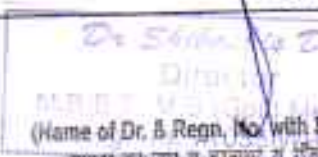
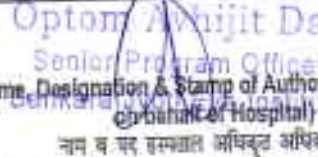
हमने अधिलेखित, हस्ताक्षरों को और से भगवन्तों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जहाँ है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी-रोगीने में लेने या ले रहे हैं, केवल कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अविवश/समय हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल को सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अविवश/समय हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल को सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय भरण उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही 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 सुरक्षित और जल्दे जाने को जारी विम्वेश्वरी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई वृत्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02.02.2024	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व सलाहक का पता	 Optom. Anujit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
