

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



|                                                 |                                            |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| APPLICATION No.:<br>आवेदन संख्या: K/0226/2318   | APPLICATION DATE:<br>आवेदन तिथि 02.02.2026 |
| NAME of APPLICANT:<br>आवेदक का नाम AMITABHA DAS | AGE-YEARS आयु-वर्ष 52<br>SEX लिंग M        |

|                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME:<br>पिता/सहोदर का नाम JAGADISH DAS                                                         |
| PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>MUNSEPPARA, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS<br>743411, WEST BENGAL. |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता<br>AS ABOVE                                                        |



|                                                                                                                                         |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| OCCUPATION:<br>व्यवसाय ELECTRICIAN                                                                                                      | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                |
| TOTAL ANNUAL INCOME:<br>कुल वार्षिक आय 30000 X 12 = 36,000/-                                                                            | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न करें) |
| PAN No. सवाई कार्ड संख्या                                                                                                               |                                                         |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर भुगतान करते हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) |                                                         |
| Yes / No<br>हाँ / नहीं                                                                                                                  |                                                         |

| 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 से संबंध |
| 1.                          | AMITABHA DAS                                      | 52                         | M              | SELF                                      |
| 2.                          | SANKARI DAS                                       | 23                         | F              | WIFE                                      |
| 3.                          | TRISHA DAS                                        | 23                         | F              | DAUGHTER                                  |
|                             |                                                   |                            |                |                                           |
|                             |                                                   |                            |                |                                           |
|                             |                                                   |                            |                |                                           |
|                             |                                                   |                            |                |                                           |
|                             |                                                   |                            |                |                                           |
|                             |                                                   |                            |                |                                           |
|                             |                                                   |                            |                |                                           |

| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए विनति आधार                  |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |

| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे गये विनती 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) = STCST + IOL                                                                   |
|                                                                                 |                                                                                              |
|                                                                                 |                                                                                              |
|                                                                                 |                                                                                              |
|                                                                                 |                                                                                              |
|                                                                                 |                                                                                              |
|                                                                                 |                                                                                              |

| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                           |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशि |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                         |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                         |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                         |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में पत्र किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं आवेदन कर रहा हूँ, उस सहायता का अंशिक या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी 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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो आदि के बिना इस फॉर्म में जोरित हैं, उसे "कोशिका" एल्मू न्यासी, डॉक्टर, कर्मचारी इत्यादि के माध्यम से या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी घोषणा का विवरण मेरी इच्छा की वजह से या मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के अंशिक या पूर्ण रूप से सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एल्मू न्यासी के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Amitava Das*

**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 अधिस्त, हस्ताक्षर की और से नामित/रोगी 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 मैं या मेरा हस्ताक्षर और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का उद्देश्य है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल वित्तीय मदद अथवा रोगी/रोगी हेतु किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता या निम्न गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर और अपने चले को सही निर्णय/रोगी एवं हस्पताल को हस्ताक्षर और "कोशिका" की कोई भी सहायता या निर्णय/रोगी इस संबंध में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                              |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>02.02.2026</p> | <p><i>Dr. S. K. Das</i><br/>Director<br/>M.B.E.S. (M.T. General Surgery)<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सिल-ने</p> | <p><i>Optim Avijit Das</i><br/>Senior Program Officer<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                          |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safar</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p> |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|