

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/0226/2323	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	03.02.2026
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	KENARAM DAS	AGE-YEARS आयु-वर्ष	75
		SEX लिंग	M
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्ताक्षर का नाम	BHUTNATH DAS		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
HARIPUR, TOKIPUR, NORTH 24 PARGANAS - 743429, WEST BENGAL.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता			
AS ABOVE			



OCCUPATION : व्यवसाय	TOTO DRIVER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	2000 X 12 = 24,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	

PAN No. स्थायी 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 चिह्न लगाएं)

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 से संबंध
1.	KENARAM DAS	75	M	SELF
2.	DEBOLA DAS	68	F	WIFE
3.	CHITTA DAS	33	M	SON
4.	SANDHYA DAS	27	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ऊन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को 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 धुनी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT(RE)
2.	SURGERY(RE) - SILCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हदक द्वारा घोषणा पर):

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True in 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई भ्रमपूर्ण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक शिप को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घोषित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार की रकम वापस करने या किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बिमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हदक द्वारा करार)

- 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/post-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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ के छाप सहायक, में (अर्हदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोट और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एपक, पत्रिका, पत्र, साप्ताहिक, दूरदर्शन से बड़ी प्रसारणियों और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट और विवरण को कि सहायक को उपयोग में लाया है मुझे इसका सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संधि में "कोशिका" एपक उसकी गतिविधियों का निर्णय लेता और जानकारी देता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्हदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का छाप



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 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.

- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समझते/होती को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमें वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी और सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से वकालत करने/प्राप्त करने से पहले या बाद में, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्तित वकालत से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक वित्तित नहीं/असफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हमें सहायक किसी अन्य और सहायक संगठन या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकृत सुविधा रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असफल वित्तित मदद वकालत हेतु किसी और सहायक संगठन या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायक वित्तित वित्तित प्रकृति को है। रोगी पर हस्तगत द्वारा जो भी सहायक वित्तित गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को सही विम्वेधारी रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भ्रमपूर्ण या विम्वेधारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 03.02.2026	<i>Dr. Shikha Das</i> Director M.D.S. (Dent.) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	<i>Optom. Avijit Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनारिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 <i>Safar</i>		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 <i>...</i>