

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: K/0226/2408

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 10.02.2026

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम ANOKE DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष 59

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्भ का नाम BUDOPADA DAS

PATILACHANDRA, NORTH 24 PARGANAS-
743429, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासस्थ पता

AS ABOVE

OCCUPATION:
व्यवसाय FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय 2000X12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खात 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 के साथ सम्बन्ध
1.	ANOKE DAS	59	M	SELF
2.	TAPATI DAS	44	F	WIFE
3.	NINA DAS	22	F	DAUGHTER
4.	SANJAY DAS	23	M	SON
5.	RUPA DAS	17	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्नलिखित 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विपत्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन नुस्खी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (RE)
2.	SURGERY (RE) - VICS + IOL

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 लेी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: **अविश्वकृष्ण गोपाळ गोरे**

- 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 दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानपरते के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन ग्राह्यता सत्य साबित है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, सहायता उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ कहता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि का उपयोग किसी और स्रोत/निरोधक/व्यक्ति के अथवा किसी अन्य स्रोत/निरोधक/व्यक्ति से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (उम्मेदवार 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, राज, मान्यता प्राप्त उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और सहायता के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पढ़ने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस समर्थन में "कोशिका" समूह इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अधोरेख में इजाजत या अंगुठे का चिह्न

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.

इन्हीं अधिकृत, इसलसी की ओर से पर्यवेक्षण को "परिवर्तन कार्यक्रम" से विनिर्मुक्त बनाया गया है। जिनके अन्तर्गत (अध्यक्ष) निम्न प्रकार से कार्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही परिवर्धन में विधि सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठा होगी/आएगी न लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फायरेशन" से निष्काशित/निर्गमित उच्च को सम्बंध में "कोशिका फायरेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका फायरेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/अवकाश हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो अवकाश किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि जगजगत द्वितीय मरद उच्च रोगी/आमने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फायरेशन" से तो वह सहायता संकेत विधि प्रद्वृति की है। रोगी पर हमलात द्वारा ही गई सहायता या किये एवं उपचार/प्रक्रिया का प्रमुख रोगी एवं हमलात को बीच का विषय है और "कोशिका फायरेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायम नहीं है। इसलिए हमलात में रोगी को इलाज सुधा और अपने जाने का सारी विम्वेदारी रोगी एवं हमलात की होगी और "कोशिका" की कोई पवित्रता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सुखीकृतो मे शिरः संस्तुति

Date of Surgery अर्पण की तारीख 10.02.2026	Dr. Sanjay Das Director M.B.B.S, M.E (ENT & Head Neck) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ दें	Optom Avijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory or behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
	SIGNATURE of TRUSTEE 1 विश्वी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 विश्वी हस्ताक्षर 2
		