

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0228/2433

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18.02.2026

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

RABINDRA NATH GHOSH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

RAMESH CHANDRA GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BAROYAKTALA, PODDRAH, HAORA-71109,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

TEA STALL

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

3000 X 12 = 36000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई 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 निशान लगाएं)

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.	RABINDRA NATH GHOSH	71	M	SELF
2.	KARUNA GHOSH	65	F	WIFE
3.	DEBRARI GHOSH	31	M	SON

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 छाव प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे 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) - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक दास घोषणा कर:**

- 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 यकीन करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं वाचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली गई सहायता, केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रारूप में पता दिया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भुगतान करूँगा और न ही किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो भुगतान करूँगा और न ही यही सहायता का उपयोग करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर जल्ने हस्ताक्षर या मोहरो की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रूप, साधनमय दूसरे उद्देश्य को सुदृढ़ गतिविधियों और उपलब्धियों को सिने किसी भी प्रकार सामान्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पक्षों का कार्य में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सामान्य के उद्देश्यों से वर्णित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या मंगल नाम निम्न

Rajendra Nath Ghosh

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.

हमारे अधिकृत, इन्टरनेट को और से घबराते/पैनी को "पोलिशिंग फ़ाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हम) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो मांसमन और न ही पतियन में विविध सहायता किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य क्षेत्र में उच्च संवेदनशीलता में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से चिकित्सा/विनिर्देशन के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देशन/सहायता हेतु मम्बर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा गया है कि अस्पताल विनिर्देशन मदद उच्च संवेदनशीलता हेतु किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गई सहायता क्षेत्र विविध प्रकृति की है। संतो पर इस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव संतो एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्पताल में संतो ने इलाज सुरक्षा और अपने चाने की सारी जिम्मेदारी संतो एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई गुणित या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 12.02.2026	Dr. Shibashank Das Director M.B.B.S. (Gold Medalist) BAMC (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील व स्टैम्प	Optom Avijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Sankara Jyoti नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	