

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



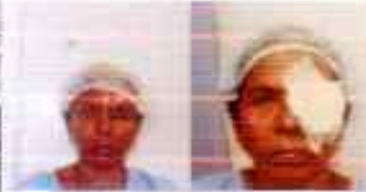
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **K/0226/2449** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **13.02.2026**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **EKADASHI PATRA** AGE-YEARS: उम्र-वर्ष: **67** SEX: लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: **RAJAT PATRA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
**TAPARCHAR, BASIRHAT COLLEGE, NORTH 24 PARGANAS - 743412, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता  
**AS ABOVE**



OCCUPATION: व्यवसाय: **HOUSEWIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  /

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **1000 x 12 = 12,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाने हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान 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.	EKADASHI PATRA	67	F	SELF
2.	DIPAK PATRA	37	M	SON
3.	PABAN PATRA	19	M	SON
4.	SULEKHA GAVEN	23	F	DAUGHTER
5.	MAMATA MONDAL	26	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"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) - STC'S + IOL

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

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

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

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं अथवा सच नहीं था है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही भविष्य में रिफंड।

**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 it's 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, जिनके "उद्देश्य" प्राप्त करने, धन, सामग्री/सुविधाएँ इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का उपयोग मेरे उद्देश्य के पूर्ण रूप से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासीयों से किया जाएगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से प्राप्त होने वाले रिफंड से प्रभावित नहीं किया जाएगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/यहाँ की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असंभव/असंभव हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद लेने/प्राप्त करने के लिए सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से प्राप्त होने वाले रिफंड से प्रभावित नहीं किया जाएगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>13.02.2026</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i> Director M.B.B.S., M.S. (Gen. Medicine) (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व एम्बेस</p>	<p><i>Optom Anujit Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory Sankara or behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
	