

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0226/2451 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 13-02-2026

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम BISWANATH HAZRA AGE-YEARS उम्र-वर्ष 65 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम HAREKRISHNA HAZRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
HOLIDIA, KAHARIA, MONIPUR BANSTALA, TAYNAHAR-1, SOUTH 24 PARGANAS, 713331, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
AS ABOVE



OCCUPATION : व्यवसाय TOTO DRIVER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  /

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 3000 x 12 = 36,000/- (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 का दाता हैं (जो 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	BISWANATH HAZRA	65	M	SELF
2	DEGI HAZRA	59	F	WIFE
3	JAPAS HAZRA	32	M	SON
4	SUMANIA HAZRA	34	M	SON
5	SRABANTI HAZRA	19	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किये गये निम्नी का उद्देश्य:

**Medical Reports/Prescriptions Attached**  
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY (LE) - STCS + IOL

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

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा करे:

- 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 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 तथ्यों विलक्षण गैर सत्यता को अनुसंधान प्राप्त एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को कसौटी पर लाया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता, केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विद्यमान सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी सहायता, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में ली जायेगी।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, उक्त "कोशिका" नाम, पता, फोटो व विवरण द्वारा उद्देश्य से बुद्धि गतिविधियों और उपलब्धियों को लाने किसी भी उचित माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे उक्त का विवरण मैं उक्त को करने या नहीं करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रसारित के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" नाम उक्त माध्यमों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

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

आवेदनक को हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

*Signature of Applicant*

**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.

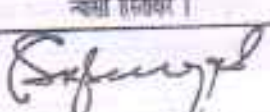
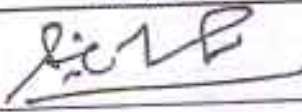
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से समर्थन/संज्ञा को "कोशिका फाउन्डेशन" से विनियमित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विनियमित प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विनियमित सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी उपलब्ध/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। उपलब्ध हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और आरंभ करने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भी सुविधा या जिम्मेदारी इस सन्दर्भ में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>13.02.2026</b>	 <b>Dr. Shibashis Das</b> Director (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज न. के साथ मुद्रा	 <b>Optom Avhijit Das</b> Senior Physician (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Sankar on Optom Hospital नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	---