

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 8/0926/2452 APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 13.02.2026

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: RAHIMA MOLLA AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 64 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/सहोदर का नाम: HASEM MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: KASHIPUR, KAMARIA, SOUTH 24 PARGANAS - 743337, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थाई निवासीय पता: A.S ABOVE



OCCUPATION: / व्यवसाय: COOK MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: 20000 x 12 = 240000/- (Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / स्थाई खात संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / हाँ / No / 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. | RAHIMA MOLLA | 64 | F | SELF |
| 2. | AMBIYA BIBI | 68 | F | SISTER |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विहित आधार | | | |
|---|---|---|---|
| BPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न |
|-----------------------|--|
| 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 लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य सत्य असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं इस बात को सहायक रणित "कोशिका फाउन्डेशन", से सही वा सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
 - 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने मातापिता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेजा है, इस रणित का अधिक या सहायक किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न प्राप्त किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रयोग कर सकते हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, एन. चक्रवर्ती द्वारा उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा को धरने का बाद मेरे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायक के उद्देश्यों से प्रयोग किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय-आवृत्त/सहायता हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक स्रोत का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायक सहायक वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायक नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इच्छा सुरक्षा और जाने जाने को सभी विधेयता रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|---|---|--|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि</p> <p>13.02.2026</p> | <p><i>Dr. Shishesh Das</i> Director M.B.B.S., M.S (Gold Medalist) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> | <p><i>Optom Avhijit Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Sankar Hospital) नाम व पर 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> |
|  |  |