

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0226/2457 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 14.02.2026

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम MANMOTHA RAPTAN AGE-YEARS आयु-वर्ष 54 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम MAHADEB RAPTAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
BHANDARKHALL, NORTH 24 PARAGANAS - 74.3439, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
A.S ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 30000x12 = 36,000/- (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण 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 लगावे) 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 सम्बंध
1	MANMOTHA RAPTAN	54	M	SELF
2	BUDHADEB RAPTAN	22	M	SON
3	TUMPA RAPTAN	17	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनिर्दिष्ट उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियाएं सुची 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 स्रोत से लिया गया तो?

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

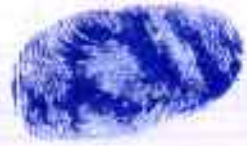
DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करत:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को वापस ले लिया जायेगा।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पता कराया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से वही राशि नहीं ली है जो कि इस सहायता के लिये मांगी जा रही है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करत)

- 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/pul-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 निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, धन, सचन/च पुराने उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने को किये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं उनके लिये: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस प्रपत्र में "कोशिका" एवं उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करत)

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.

हमने अधिष्ठित, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/रोगी को "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 भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लगे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिगत/वित्तीय हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा पत्र उक्त रोगी/मार्गों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्वयं नहीं है। इसलिये हस्पताल वे रोगी को इलाज सुझा और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी लेगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 14.02.2026	<p>Dr. Shikshak Das Director (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डायरेक्टर का नाम व पता/संस्था का पता</p>	<p>Optom Avrijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
--	--