

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0226/2478 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 16.02.2026

NAME of APPLICANT: TAPAN PALIT AGE-YEARS वयु-वर्ष 58 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHIBRAM PALIT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
MURIZAPUR, BASIRHAT-1, NORTH 24 PARGANAS-
743312, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता
AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME: 2000 x 12 = 24,000/- (Attach Proof of Income) (आप का सक्षम संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS <u>सौंकार विवरण</u>				
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 संबंध
1.	TAPAN PALIT	58	M	SELF
2.	BABITA DEVI BISWAS	25	F	DAUGHTER
3.	BISWAM PALIT	28	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	---

"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 डॉक्यूमेंट सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY (LE) - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVOIDED 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 AVOIDED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यतः

- 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.
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अत्यन्त पक्का ज्ञान है तो मेरी जानकारी विरुद्ध भी वह सत्य है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता दिया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस सहायता या भविष्य में सहायता किन्हीं अन्य स्रोत/निर्माता/बोना-धर्मारी से न तो लिया है और न ही लीया में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रारूप न्यायोक्त, एवं, आवश्यक होने पर, सहायता हेतु उद्देश्य से दुसरी शर्तों/धर्मियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ऐसे प्रारूप का विवरण मेरे उपलब्ध हो जाने या न करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यायोक्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण स्वतः सहायता या हस्तगत नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" प्रारूप उक्त अधिकृतियों का निर्माण और संप्रकारणी होगा।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करण)

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.

- हस्ताक्षर, हस्ताक्षरों को और वे माफ़ते/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किन्हीं और सहायता संगठनों या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेषी उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किन्हीं अतिरिक्त/सहायता हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किन्हीं अन्य और सहायता संगठनों या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता किन्हीं वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही प्राप्त किया जा किन्हीं संप्रकारणी का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकारों के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery संभरण की तारीख</p> <p>16-02-2026</p>	<p><i>Dr. Shikanta Das</i> Director M.B.B.S., M.S. (General Surgery)</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p><i>Optom Avijit Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जब न पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोक्त हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोक्त हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---