

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 4/0226/2479 APPLICATION DATE: 16.02.2026
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BELA DAS AGE-YEARS: 51 SEX: F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: SUDHANGSHU DAS
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: TANTRA, SHABLA, BASIRHAT-1,
NORTH 24 PARGANAS - 743422,
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: BEUTICIAN MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000 x 12 = 36,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का सक्षम प्रमाण)

PAN No. (आपका PAN संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर चुकाने वाले हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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.	BELA DAS	51	F	SELF
2.	DOLON DAS	24	F	DAUGHTER
3.	BISWAJIT DAS	22	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये किति 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) = SILCS + IOL

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

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

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 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, or the source for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया गया होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि क्या सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं है, उस सहायता का वापस या सफल विस्थापित किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में स्रोत के लिये इस सहायता का उपयोग किया जायेगा।

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/post-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 के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोचर" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रयोग कर सकते हैं, जैसे "कोशिका" एवं न्यायोचर, धन, चिकित्सा एवं उद्देश्य से जुड़े कार्यक्रमों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करना या जानकारी देना। इस प्रारूप का उपयोग मेरे प्रस्ताव को खले या बंद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोचर अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों से प्रयोग करने के लिये सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जायेगा। इस प्रारूप में "कोशिका" एवं न्यायोचर का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरक 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.

हमारे अधिकृत, इस्तेमाल की ओर से आदेश/पत्र को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षरक) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन/अवकाश हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अन्यत्र किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्वास्थ्य प्रभावित मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षरक द्वारा ही सहायता या मदद गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षरक के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इच्छित हस्ताक्षरक रोगी के इच्छानुसार और अपने करने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षरक को होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>16.02.2026</p>	<p><i>Dr. Sankar Das</i> Director MBBS, MCh, DNB (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षरक का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p><i>Optom. Ahijit Das</i> Sankara Prasth (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Sankara Prasth by behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षरक अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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