

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building Block of Life.

|   |                       |  |            |
|---|-----------------------|--|------------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :   | K/0226/2486           | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि                   | 17-02-2026 |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम   | MD HABIB HALDER       | AGE-YEARS आयु-वर्ष                                 | 52         |
|   |                       | SEX लिंग   | M          |
| FATHER/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/पत्नी का नाम   | MD ABUUL KARIM HALDER |  |            |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता  |                       |  |            |
| NAKHA, MADAKHAT-I, SOUTH 24 PARGANAS,   |                       |  |            |
| 743330, WEST BENGAL   |                       |  |            |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता   |                       |  |            |
| AS ABOVE  |                       |  |            |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय   | DRIVER                | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)           |            |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय   | 3000x12=36,000/-      | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) |            |
| PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)  |                       |  |            |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) |                       |  |            |
|   |                       | Yes / No<br>हां / नहीं                             |            |



## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1.                     | MD HABIB HALDER                                   | 52                         | M              | SELF  |
| 2.                     | SAHANARA HALDER                                   | 30                         | F              | WIFE  |
| 3.                     | SIDDIK HALDER                                     | 25                         | M              | SON   |
| 4.                     | RUBINA AHMED                                      | 22                         | F              | DAUGHTER  |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

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

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आच वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|---|--|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विन्यास का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT (RE)  |
| 2.                     | SURGERY (RE) - SILICHTOL   |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |

## 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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कौ नई सहायता रही |
|------------------------|---|--|
|                        |   |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |

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

- 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.
  - 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.
  - 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 प्रश्न 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 निरस्त किया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से मेरी मदद मिले, तो मैं इसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण को लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस मदद प्राप्त करने के लिए, इस रोग का आर्थिक या स्वास्थ्य दिशा किसी अन्य प्रायोजक/रोजगार/बीमा कम्पनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं लेऊँगा।

**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 its 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी पहचान को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, राज, चरम/उपकरण द्वारा उद्देश्य से चुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न में प्रस्तुत है और मैं करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायीयों अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं, उन्हें स्वतः सहायता का इकाएक नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अचलकारी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Md Habibul Halder*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हमारे अधिकृत, इच्छाकारी को और से कर्मचारी/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 सकारात्मक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आर्थिक/स्वास्थ्य हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य प्रायोजक से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से गैर व सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा जो भी उपचार या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज मुफ्त और अपने खर्च की खाती जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई वित्तिक या वित्तियेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>Date of Surgery<br/>अपरेशन की तारीख</p> <p>17-02-2026</p> | <p><i>Dr. Shikha Das</i><br/>Director<br/>(Name of Dr. &amp; Regd. No. with Stamp)<br/>अपरेशन करण करने वाले डॉक्टर का नाम व पता</p> | <p><i>Optom Avhijit Das</i><br/>Sanjiv Program Officer<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>जब व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|---|---|

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

|  |  |
|--|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यायी हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यायी हस्ताक्षर 2</p> |
| <p><i>Safarjani</i></p>                              | <p><i>[Signature]</i></p>                            |