

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0226/2501**  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **18.02.2026**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **BINA CHAKRABORTY**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **66**  
SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **DIPAK CHAKRABORTY**  
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **वर्तमान आवासीय पता**  
**KAMARHATI, P.E. (MACHHA, NORTH 44 PARAGANA), 700056**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थायी आवासीय पता**  
**AS ABOVE**

OCCUPATION: **HOUSEWIFE**  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **2000 x 12 = 24,000/-**  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य 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 लगायें):

Yes / No /  
हां / 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.	<b>BINA CHAKRABORTY</b>	<b>66</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>RINKU CHAKRABORTY</b>	<b>33</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>
3.	<b>RINTU CHAKRABORTY</b>	<b>35</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
4.	<b>SINTU CHAKRABORTY</b>	<b>29</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>

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

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किने गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविषेदन सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS - CATARACT (RE)</b>
2.	<b>SURGERY (RE) - SKIS COL</b>

**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 ती गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लिबक एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता यति "कोशिका फाउन्डेशन", से जो जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मना गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सफल विन्या किसी अन्य स्रोत/निर्माणा/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुलि छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" एम्पु न्यासीयों, धन, सम्पत्तियों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य को पालने का कार्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इकरार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्पु उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और माध्यकारी होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुलि छाप दिखाने



**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, हस्ताक्षरों को और से फाउन्डेशन को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफरित 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 वित्तिय सहायता किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रुग्ने को लीने या हो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरित/विन्या उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मना हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विन्या आंशिक/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रुग्ने हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं सेवक/लेगी।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या विनये गये उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इस्तेमाल शुरू और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को 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 की तारीख</p> <p>18.02.2026</p>	<p><i>Dr. Srinivas Das</i> Director M.B.B.S. M.S. (General Surgery) (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व डिजाइन व स्टैम्प</p>	<p><i>Optom. Anshu Das</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

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

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