

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0226/2518	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 22-02-2026
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम RANAJIT DALUI	AGE-YEARS आयु-वर्ष 58 SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम PAKU DALUI	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता KUSHHTIKURI, KANUTIA, MAYURESWAR-II, 731013, WEST BENGAL	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता AS ABOVE	



OCCUPATION : व्यवसाय FARMER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 3000x12=36,000/-	(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 दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)	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.	RANAJIT DALUI	58	M	SELF
2.	SABITA DALUI	58	F	WIFE
3.	RASHMONI DALUI	28	F	DAUGHTER
4.	SRIKANTA DALUI	25	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY (LE) - SKS+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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य सहायता हेतु यह शर्तों को नहीं है, इस रशि या जातिगत या समस्त विमा विनो अन्य प्रोडिक्ट/इंश्योरेंस/कंपनी से न तो सहायता है और न ही भविष्य में सहायता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 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 अंगुठे को चिपकाकर, मैं (आवेदक) आवेदक सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, इसे "कोशिका" एलम् न्यायोक्त, दान, समर्थन/युद्ध उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को त्रिने किसी भी उद्देश्य के लिए प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का चिपकाव मेरे उद्देश्य को पूरने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोक्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को निरूपण के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतंत्र सहायता या हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एलम् उद्देश्य न्यायोक्त का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से प्राणलक्षणी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को प्रती है, जिसे हम (हस्पताल) निरूपण के माध्यम से स्वीकार करती है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनो अतिरिक्त/समस्त हेतु मन्दिर नहीं किया जाता है तो अस्तित्व किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्तित्व द्वितीय परर उक्त संगठन/स्रोत हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार द्वारा ही मैं सहायता या विनो गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश प्रकाशित या प्रोत्साहित नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
22.02.2024

Dr. Sankar Das
Dr.
M.B.B.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम में हस्ताक्षर या छिद्र

Optom Avhijit Das
Senior Program Officer
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Sankar Das
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोक्त हस्ताक्षर 1
Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोक्त हस्ताक्षर 2
[Signature]