

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0325/2150

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 8/3/25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KALPANA DEY

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE BIKASH CHANDRA DEY

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

53, DIVALPAYAN PALLY DP NAGAR, KAMARHATI,

BELGHARIA, NORTH 24 PARAGANAS, 700056, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: COOK

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 8500 X 12 = 42,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्वयं 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 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	KALPANA DEY	54	F	SELF
②	BISWAJIT DEY	34	M	SON
③	BEAUTY	31	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू 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 विवरण 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 - (SICS + 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: (अर्शिका द्वारा भरना)

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई कथित सच बताने में गलती होगी तो मेरी सहायता निम्न को न मिलेगी है।
- 2) मैं इस सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का उद्देश्य है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, या इस प्रश्न में बताना है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से भुगतान के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न कर लिये जाऊँगी और न ही भविष्य में लूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करना)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, एवं "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, धर्मार्थ/कर्म के माध्यम से मुझे भविष्य में या उपस्थिति में किसी भी प्रकार सहायता से सहायता करने में सक्षम है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या इसे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के माध्यम से शामिल है एवं सहायता का इस्तेमाल मेरी इच्छा के अनुसार या "कोशिका" एम्प्लॉयी द्वारा किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप

Karpura Devi

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

- 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 सम्बंधित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हस्पताल) वित्त प्रश्न से ध्यान में रखकर करते हैं।
- 1) यह कि मैं ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करे/करने में सक्षम हो जाऊँगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्त सहायता का सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार सहायता हेतु सहायता हेतु किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के द्वारा यह बताना है कि हस्पताल वित्तीय सहायता प्रदान करे/करने हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता सहायता वित्तीय प्रकृति की है। मेरी यह हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता या वित्त से सहायता/प्रक्रिया का चुनाव मेरी ही हस्ताक्षर का चुनाव है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में मेरी ही इच्छा/सुझाव और करने करने की सही जिम्मेदारी मेरी ही हस्ताक्षर की होती है और "कोशिका" की कोई जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 09/03/25	<i>Dr. Shibashis Das</i> M.B.B.S.M.S (Name of Doctor with Stamp) डॉ. शिबाशिस दास	<i>Dr. Shibashis Das</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शिबाशिस दास
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 <i>Safaryal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 <i>...</i>
--	---