

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0325/2168
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 10/3/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SRABANTI DAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

47

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BIDYA MOHAN DAS
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

47/1, SIMLA ROAD, BEADON STREET,
KOLKATA, 700006, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION: COOK
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3500 x 12 = 42,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयदा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	SRABANTI DAS	47	F	SELF
2.	ASHUTOSH DAS	40	M	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनतों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	DIAGNOSIS - CATARACT - LF
②	SURGERY - LF - (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 लेई गई सहायता राशि

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 Koshita 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 है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं स्पष्टता से सहायता प्राप्त "व्यक्तिगत आवश्यकता", से तौता रहा है। उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में परत गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस परीक्षा का व्यय/प्रति या चकल हिसाब किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

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.

1) इस प्रकार वह अपने इसाक्षर या अक्षरों की छाप लगाकर, मैं (आवेष्टक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके व्यापारियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोनेट नंबर जो विवरण इस प्रश्न में धीरक्षित है, उसे "कोशिका" एकत्रित करे, एवं आवश्यकता होने पर उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण करे। इसाक्षर करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इसका मेरे पता से करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व व्यापारियों अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

Srabanti Das

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:

हमारे अधिकृत हमाराही को अंग्रे में मायाम/लेणो को "कोलिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु मिशनरील की जाती है, जिसे हम (हमसेवा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो पर्याप्त और न ही सक्षम में शिक्षित सहायक किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से उदाहरण/प्राप्त में लेने या ले रहे हैं, न तो कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से शिक्षण/अभिनित उदाहरण का सम्बन्ध है "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निमित्त अभिनय/सफल हेतु मरदुर नही किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथा शिक्षण मरद उदाहरण/प्राप्त हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेता/लेती।

2. "कोटिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक संकेत चिह्न प्रकृति की है। लोग या इन्साल्ट द्वारा दी गई सलाह या किये गये संचालन/प्रक्रिया का चुनाव होगी एवं इन्साल्ट के बीच का विवाद है और "कोटिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई ध्यान नहीं है। इसलिये इन्साल्ट में लोग का इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी होगी एवं इन्साल्ट को होगी और "कोटिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Shibashis Das

M.D.B.S.M.S
(Name of Doctor/Institution with Stamp)
डाक्टर का निवास स्थान

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद रुग्णालय अधिवृत्त अधिकारी

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यासी हस्तान्तरा 1

न्यायसौ ह्यमृतम् ७

Exempel

2018