

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

4/0425/0062

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/04/2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

RAJKUMARI KAIRY

AGE-YEAR: आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

PATESWARI KAIRY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1/5/H/30 DUMDUM ROAD, COSSIPORE, KOLKATA.
700009, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

COOK

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

2500x12=

80,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर देता है (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 सम्बंध
1.	RAJKUMARI KAIRY	55	F	SELF
2.	BIDYA CHOWDHURY	62	F	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सरीखी 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 (RE)
②	SURGERY:- RE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली गई सहायता एसी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता एसी

DECLARATION by APPLICANT: अभिषेक कुमार चौधरी

- 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 Kashiya 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 स्पष्ट रूप से सहायता यदि "कोई/किसी कारण/उद्देश्य" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाना, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिये है और न हो भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जितक द्वारा वाचन)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) Herby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicise/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपने स्वयंसेवक को प्रति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" उपाय न्यासी, राज, वाचना/पढ़ने उद्देश्य से कुछे गोपनीयताओं और उपलब्धियों के सिद्धि किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है कुछे स्वतः, सहायता का हक्का नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" उपाय उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर डॉ. के.ए.ए.)

By affixing her/under, signature of our Authorized 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 अधिकांश हमलावरों को जो से सम्बन्धित लोगों को "कोशिका फायनडेशन" से विधिक सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमलावर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो वायव्य और न ही पश्चिम में स्थित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संकेत से उक्त टोपी/घामने में लेगे या ले रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विश्वव्यापक/विदेशी उद्योग के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्तर्गत द्वितीय मंदर उक्त टोपी/घामने में किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता को सब विधिक प्रकृति की है। टोपी पर हमारा/हमारे द्वारा दी गई सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का सुपात्र टोपी एवं हमारा/हमारे को सेवा का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिए हमारा/हमारे में टोपी को हलक भ्रष्टा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी टोपी एवं हमारा/हमारे को होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस घामने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/04/2025

Director
 M.B.E.S. (115 G. Road, Madurai)
 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
 हाकर का नाम व हाकर का पते व

Optom Avhijit Das
Senior Project Officer
(Name, Designation, Stamp of Authorised Signatory
in the left of the panel)
Sankarajyoti Prakashan
সংস্কৃত ও পদ্য কবিতা অনুবাদ সমিতি

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

Safenzyl

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 म्यामो हस्ताक्षर 2

sent