

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0425/0086

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

14/04/2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SHANTI DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

LATE RAM SWARUP DAS

3, HUT 22

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MOHAN BAGANLANE, SHYAM BAZAR MAIL

KOLKATA, 700004, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

3000 X 12 = 36,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सहाई 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

हाँ / 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 संबंध
1.	SHANTI DAS	71	F	SELF
2.	BINOD DAS	43	M	SON
3.	SAMISHU DAS	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 — RE
②	SURGERY — RE (SIOL + 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

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 प्रश्न 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 इस बात की सहायता यहाँ "कौशिका फाउन्डेशन" से लेती जा रही हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।

(3) मैं यथि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशेष या समस्त हिस्सा किसी अन्य संगठन/निधायक/योग्य कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 प्रश्न का जवाब इसप्रकार या अंग्रेजी को छात्र लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहायि की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाटनेवाला और उसके न्यायों" की अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धारित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायों, राज, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ताव वाध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाटनेवाला" व न्यायों अधिभूत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उपरोक्त न्यायों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

આવેદન કે તમામરે પા ઊભી જા નિશાન



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.

[illegible]

2. "कोशिका काउन्टेशन" से सी गई सहायक कोशिका वितरित प्रकृति की है। ऐसी या इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल में बोध का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इधरले इस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और आने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

न्यायिकता के लिए संस्कृति

14/04/2025

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाकू का नाम व हस्ताक्षर व गैर न

Optom Avhijit Das
Senior Program Officer
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Sankarajyoti Prakashan
সংকরজ্যোতি প্রকাশন অধিকৃত অফিসার

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE :
जयमी हसगभा :

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी इलाखर २

2020