

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0425/0105

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16/04/2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BHOLANATH SIL

AGE-YEARS

आयु वर्ष

73

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कनूस्व का नाम

ANITA SIL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

01/H/A, RAJA MANINDRA ROAD, BELGACHIA, KOLKATA
700037, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

2000 X 12 =

24000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी छल्ला 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 लगायें)

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.	BHOLANATH SIL	73	M	SELF
2.	ANITA SIL	65	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

EPL 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) दुग्धपौकता 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 (SURS + 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का/वित्तिक या सरकारी निम्न किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ब्राह्मणों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पत्र, साधना/या दूसरे उद्देश्य में लुहो ललललललल और वलललललल के लललल किसी भी द्वारा वलललल से प्रसारल करने के ललल अधिकृत है। मेा फॉर्म का वलललल मेा द्वारा जो वललल के बारे में करने के ललल "कोशिका फाउन्डेशन" व वललल अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वलललल जो कि सहायता के उद्देश्य के प्रललल है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नही बललल। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् वललल न्यासल का लललल अललल और वललललली होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.

हमारी अधलल, हलललली की ओर से सललललली को "कोशिका फाउन्डेशन" से वललल सहायता हेतु ललललल की जाती है, वललल हम (हस्पताल) वललल प्रकार से वललल व ललललल करते हैं।

1) यह कि न तो वलललल और न ही वलललल मे वलललल सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उलल लली/वलललल में लली या ले रहे हैं, वललल कि हललल "कोशिका फाउन्डेशन" से वललललल/वलललल उलल के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। वलल "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वललल आशलल/सकल हेतु सललल नही कलल जाता है तो असलललल किसी अलल गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षल रखल है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असलललल वलललल सलल उलल लली/वलललल हेतु किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नही ललललली।

2 "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वलललल प्रकृति की है। लली पर हस्पताल द्वारा ही गई सललल का कलल ललल उपलल/प्रकृति का चुनल लली एवं हस्पताल के वलल का वललल है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दललल नही है। इसललल हस्पताल में लली के इललल सुरक्ष और आने जाने की सली वलललली लली एवं हस्पताल की लली और "कोशिका" की कोई लुललल या वलललली इन सललल में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Optom Anujit Das
Senior Program Officer
Sankara Jyoti Eye Institute

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

16/04/2025

Dr. Shishir Kumar
Director
M.B.B.S. (Surgical) (F.S.C. 7113/2010)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2