

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

4/0625/0476

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/06/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

DULI DAS

AGE-YEARS/आयु-वर्ष

SEX/लिंग

61

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

GANSEH BOR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DWARIR JANGLE PUKUR PARA SANDESH KHALI

NORTH 24 PARGANAS 745446 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

2000 x 12 = 24000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थाई 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 लगायें)

Yes / हाँ

No / 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.	DULI DAS	61	F	SELF
2.	ASHOK DAS	72	M	HUSBAND
3.	GANJAY DAS	40	M	SON
4.	SAMIR DAS	39	M	SON
5.	ALOK DAS	37	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 (LE)
2.	SURGERY 2E (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: जावेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता निम्न "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ण करने लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रश्न को मैं ही हूँ, उस राशि का वैशेष या सकल विम्वस बिना किसी अन्य स्रोत/विप्रेयक/बीमा कम्पनी से न ली लिये है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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/post-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 fulfilment 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.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्जदर) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राम, याचना/का दुर्गो उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण मेरे उपरान्त के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्जदर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है कुछ स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आपके कर्म के अनुसार या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल की स्वीकृति)

By affixing hereunder, 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 अधिकृत दस्तावेजों को और वे वास्तव/ऐली को "कोईका फास्टबैंगन" से विविध प्रभावित हो सिद्धांतों की जाती है, जिसे हम (हमेश्वर) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो बॉम्बेय और न ही बॉम्बेय में विविध सहायता किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य व्यक्त से उक्त रोगी/मायले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बॉम्बेय फाउन्डेशन" को निगरानि/मिनिति उक्त के सम्बंध में "बॉम्बेय फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "बॉम्बेय फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध व्यक्ति/व्यक्तिगत हेतु सन्तु नही किया जाता है तो असफल किसी अन्य रोगी/सहायता के किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असफल द्वितीय पदर उक्त रोगी/मायले हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य प्राधन से नहीं लेता/लेती।
2. "बॉम्बेय फाउन्डेशन" में ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी या हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया या पुनर्वास रोगी एवं हस्तगत को बीच का पियर है और "बॉम्बेय फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायव नहीं है। इसीलिए हस्तगत में रोगी को इलाज सुरक्ष और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्तगत को होगी और "बॉम्बेय" को कोई बॉम्बेय या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Optom Avijit 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

03/06/25

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S.M.S. ✓
(Name of Doctor) with Stamp
Date 10/12/2022

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इन्द्रधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 जयश्री हर्षनाथ २

Safeway

2020