

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
Foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0625/0647

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/06/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

DEBJANI MITRA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

68

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

GANESH MITRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

92 BLACK SQUARE, SQUARE, BEADON STREET, KOLKATA  
700006, JESTI BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता

BIBANDE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOME MAKER

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):

Yes / No

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

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1.                     | DEBJANI MITRA                                     | 68                         | F              | SELF                                           |
| 2.                     | TOTHA BHATA DAS                                   | 34                         | M              | NEPHEW                                         |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशू के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंति का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①                      | DIAGNOSIS: CATARRH (RE)                                                                        |
| ②                      | SURGERY: RE (CATARRH)                                                                          |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें।**

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रकट होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता तथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का वापस या सकल किस्ता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/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/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 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, चरित्र/का दुसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पालन या चर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Sejane Mitra

**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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन सिफारिश/व्यवस्था हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो कोई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविष्ठा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संमति

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S M.S  
Gold Medalist

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Optom Avhiit Das

Senior Program Officer

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

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature