

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

u/ 0725/ 0874

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

24/03/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

RAMPRASAD RAY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

ASIT RAY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

JAYTARA HEMANKANTHA, NORTH 24 PARAGANHA,  
743249, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

4000 x 12 = 48,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई करदाता 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

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.                     | RAMPRASAD RAY                                     | 68                         | M              | SELF                                           |
| 2.                     | USHA RAY                                          | 68                         | F              | WIFE                                           |
| 3.                     |                                                   |                            |                |                                                |
| 4.                     |                                                   |                            |                |                                                |
| 5.                     |                                                   |                            |                |                                                |
| 6.                     |                                                   |                            |                |                                                |
| 7.                     |                                                   |                            |                |                                                |
| 8.                     |                                                   |                            |                |                                                |
| 9.                     |                                                   |                            |                |                                                |
| 10.                    |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्ति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                         |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा 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>उपभोजन 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 विवर्ती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से स्वीकृति की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT (L.E)                                                                       |
| 2.                     | SURGERY - L.E (24.03.25)                                                                         |
| 3.                     |                                                                                                  |
| 4.                     |                                                                                                  |
| 5.                     |                                                                                                  |
| 6.                     |                                                                                                  |
| 7.                     |                                                                                                  |
| 8.                     |                                                                                                  |
| 9.                     |                                                                                                  |
| 10.                    |                                                                                                  |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1.                     |                                           |                                                         |
| 2.                     |                                           |                                                         |
| 3.                     |                                           |                                                         |
| 4.                     |                                           |                                                         |
| 5.                     |                                           |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा एवं:**

- 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 दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं स्वेच्छा से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से स्वीकार करता हूँ, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने भविष्य में या वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/विधायक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कार्य)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दस्तावेज़ में प्रोटीक है, उसे "कोशिका" एण्ड/आर, दान, कर्म/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण पर इसका उपयोग करने या करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोटीक है, उसी प्रकार सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एण्ड/आर भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Ram Prasada Roy

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा कार्य)**

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्ग में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/संभव हेतु समझ नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मार्ग हेतु किसी भी प्रकार की धर्म या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वीकृत सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई प्रत्येक या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज प्रणाली और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुवि का या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>24/07/25 | <p><i>Dr. Shibashis Das</i></p> <p>M.B.B.S M.S.<br/>Gold Medalist<br/>(Name of Doctor with Stamp)<br/>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ</p> | <p><i>Optom Avhijit Das</i></p> <p>Senior Program Officer<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>राम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                         |                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>आमी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safuraj</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>आमी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>hich</i></p> |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|