

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

 APPLICATION No. : 11/07x/0903 APPLICATION DATE : 28/07/25

आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : CHAITALI DEY AGE-YEARS आयु-वर्ष 60 SEX लिंग F

आवेदक का नाम

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SANAT KUMAR DEY

पिता/कटुम्ब का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SASADHAR TARDOPAR ROAD PANIHATI (M)

NORTH 24 PARGANAS TOWNS, WEST BENGAL

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

 OCCUPATION : HOME MAUER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : 8000 x 12 = 36,000/-

कुल वार्षिक आय (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 चुकाते हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

 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 सम्बंध
1.	CHAITALI DEY	60	F	SELF
2.	SANAT KUMAR DEY	67	M	HUSBAND
3.	SAYANTAN DEY	34	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती 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.	DIAGNOSTIC CATARACT (RE)
2.	SURGERY:- RE (GLAUCOMA)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: **अभिज्ञाने इति अभियोगः यः**

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं काल अवसर प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि यदि मैंने इस सहायता का उपयोग किसी अन्य उद्देश्य के लिए किया, तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता का उपयोग करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से पैसे नहीं लिए हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबज)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओंटे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, ओंटे और कोई भी विवरण इस प्रश्न से घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस न्यासी, दान, फायर/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और सफलताओं के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षरों सहित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, ओंटे और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है जुड़े प्रसार माध्यम का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेगना से बचाना यह अंगुष्ठ का निशान

Chaitali Dey.

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा स्वीकृति)

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 अधिष्ठित हस्तक्षेपों को और से चमत्कारों को "कारिष्वा कलान्धेशन" से विधि सहायता हो सिद्धांतों को बताते हैं, जिसे हम (हमसाज) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. वह कि न तो कतेमाल और न ही अधिक में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संकेत से उक्त ऐंगी/मामले में सही या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्नलिखित/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है: यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध-आर्थिक/सहायता हेतु मरद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इन भूष में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त ऐंगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐंगी पर अस्पताल द्वारा सी गई सहायता या किने गये उपकरण/उपकरण का तुल्य ऐंगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावत नहीं है। इसलिए अस्पताल में ऐंगी के इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं अस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धर्मिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Dr. Shibashis Das

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

1

M.B.B.S M.S.
Gold Medalist
Reg no. 71035

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

आपका नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Optom. Anshu Das
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Senior Project Officer
On behalf of Institution
Sankar Das, Project Officer, Anandpur

न्याय के अन्तर्गत अधिकतम अधिकार

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

स्वामी हस्ताभा २

Exempel

here