

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

U/0725/0907

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

28/07/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

KUTAN SARDAR

AGE-YEARS

आयु-वर्ष

SEX

लिंग

61

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

RACHEN SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

SMALIYA, NORTH 24 PARAGANNA, 743046, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOME MAUER

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. (स्थायी राजस्व संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को निशान लगाएं)

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.	KUTAN SARDAR	61	M	SELF
2.	RACHEN SARDAR	61	M	HUSBAND
3.	SHYAMAPADA SARDAR	48	M	SON
4.	BISWANATH SARDAR	48	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पर (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 किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सुची संलग्न
1	DIAGNOSIS: CATARACT (LE)
2	SURGERY: LE (JUNCTION)

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 कौ नई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 शपथ करता हूँ कि इस प्रारूप 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) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में करा गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि किसी साहाय्य हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का -वित्तिक या प्रकृत विध्या किसी अन्य संस्था/निरोद्धक/बोया कम्पनी से व ली लिया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबल)

- 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 इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एपयु न्यासी, दान, वाचनालय द्वाारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज को 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 प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्काफ नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एपयु इसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाधनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेताका के समताक्षर का अन्तर्गत का निम्नलिखित



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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:

- 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 अधिभूत, हमेशाभी की ओर से समर्थन-प्रेमी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु मित्राशि की जाती है, जिसे हम (हस्तशाला) निम्न प्रकार से समर्थन व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश नैतिकता सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यंश से उक्त रोगी/प्रायतः में लेने का से रह है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरिटर/विनिता उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। वहीं "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिता अधिकांश/सकल हेतु स्मरु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकांश सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बार उक्त रोगी/प्रायतः हेतु किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो गई सहायता केवल निमित्त प्रकृति की है। रोगी या हमसाल द्वारा भी गई सहायता का किये गये उपचार/अधिष का चुनना रोगी एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसाल में रोगी के इलाज सुधार और अपने जाने की सारी निम्नोदारी रोगी एवं हमसाल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृतों के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अवस्थापन की तारीख

28/07/25

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S.M.S.
Gold Medalist
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Reg. no. 71035
डाक्टर का नाम व पंजीकरण सं. सहित मु.

~~Optom Akhnt Das~~

Senior Program Officer
(Name, Designation, Stamp and Authorised Signatory
on Behalf of Hospital)
Sankar Jyoti Das
বাসব পদ প্রযুক্তি অধিকৃত অধিকারী

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 नामी प्रमाणित ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Rich