

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

1/08/25/0936

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

02/08/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BIMAL KRISHNA GOPE

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

GAURAN GYA CHANDRA GOPE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

232 RABINDRANATH TAGORE ROAD, BEDAPARA,
NORTH 24 PARGANAS, 700077, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

BARBER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

9000 X 12 = 36,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

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 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.	BIMAL KRISHNA GOPE	70	M	SELF
2.	PIYRA GOPE	65	F	WIFE
3.	PRIVANKA CHANDRA GOPE	66	F	DAUGHTER
4.	JAYANTA GOPE	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 प्रमाण
---	---	---	---

"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 (L)
2	SURGERY:- LE (RIGHT EYE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निम्न को या सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका आवासन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उल्लेखित उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य ग्राहक/निर्माता/व्यक्ति के लिये नहीं दिया जायेगा और न ही सचिव में लौगा।

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/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 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.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में माँगा है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मैं हस्ताक्षर के पत्रों या बाद में करने के लिये "कांशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः, महापता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कांशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आसेदक को हस्ताक्षर या ओंठों का निशान

Bimal Krishna Gope

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:

- (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, इलाखों की ओर से मायसेरोने की "कोशिका फाइब्रोस" से बिलियन सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से माय व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कार्यपालन और न ही अधिकार में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ऐंगो/भागसे में लेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विकसित/विनिर्मित उक्त नौ सम्पत्त में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्मित अधिकार/सम्पत्त हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाधान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ऐंगो/भागसे हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गई सहायता केवल विविध इच्छा श्री है। ऐंगो या हस्तगत द्वारा सी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुव्यव ऐंगो एवं हस्तगत को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई इशारा नहीं है। इसलिए हस्तगत में ऐंगो को इशारा सुरक्षा और आने जाने की आदि जिम्मेदारी ऐंगो एवं हस्तगत को होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

02/08/25

Dr. Shishashis Das
M.B.B.S.M.S.
Gold Medalist
(Name of Dr. & Regn: No. With Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका के नि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद सम्पन्न अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक उपकरणे

Exchanged

Rich