

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

4/0825/0941

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि :

03/08/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SUNIL SHYAMAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

SUDHANSHU SHYAMAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

CHANDRI, PHUL SUNDARI, PASCHIM MEDINIPUR
721501, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

DRIVER

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. : पत्राई 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 लगायें)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	SUNIL SHYAMAL	60	M	SELF
2	ALPANA SHYAMAL	54	F	WIFE
3	SUPRIYA SHYAMAL	23	F	DAUGHTER
4	SUPRIYKA MITRA	20	F	DAUGHTER
5	SUBHASMIT SHYAMAL	22	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 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	DIAGNOSIS - CATARACT (RE)
2	SURGERY - RE (RIGHT EYE)

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 लौ गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुवा नीयता पत्र

- 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 पर पुष्टि करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि यदि मुझे कोशिका फाउंडेशन से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता के लिए प्रारूप भरा था।
- 3) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि का किसी भी प्रकार के भुगतान या किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT. (अनुमोदन 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/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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छा या अस्वी को स्पष्ट लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहायता की गुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् त्रुस्तियों, दान, पाचन/या दूसरे उद्देश्य से मुझे लक्षित/विशेष और वसुल/विशेषों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार कायम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा को पालने या खर में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व त्रुस्तियों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रुस्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL [TRAINER'S SIGNATURE]

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, हमसफ़रों को और से सामने-रोगों को "कोशिका पाठ्यपुस्तक" से विविध सहायता हेतु विकसित की जाती है, जिसे हम (हमसफ़र) निम्न प्रकार से माय व सौकर करते हैं।

1. यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध महाशक्त किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से उच्च रंगीनतापूर्ण में लगे या तो रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाइनेंसिंग" से प्रिजिडिजिबिलिटी तक के सम्बंध में "कोशिका फाइनेंसिंग" द्वारा मदद से जुड़े हैं। यदि "कोशिका फाइनेंसिंग" द्वारा महाशक्त विनिर्गत अधिकारपालक हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में महाशक्त लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उच्च रंगीनतापूर्ण हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाइनेंसिंग" से तो यह महाशक्त कंपल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इस्पताल के बीच का विषय है जो "कोशिका फाइनेंसिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐसी के इलाज सुरक्ष और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस दायित्व में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सूक्तो २२ जिह संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

ऑपरेशन की तराई

25/08/25

Dr. Shishu Chandra
M.B.B.S.M.S
Gold Medalist
Reg. No. 73035
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इन्हारा च/रजि. नं.

Optom Avijit Das

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

नाम व पद हायतत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक रूपान्तरण इत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम:

Rich