

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **1/0923/1058** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **02/09/25**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **PREMA CHOWRASIA** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **64** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुप का नाम: **RAMDHARI CHOWRASIA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासस्थान पता  
**ATG HARA JHAUSTALA, HATTARA NORTH 24, DARGAHA, 700157, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान पता  
**AS ABOVE**



OCCUPATION: व्यवसाय: **HOME MAUER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  /

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **2000 x 12 = 24,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न):

PAN No. स्थायी खाता संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें): Yes / No हाँ / 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.	PREMA CHOWRASIA	64	F	SELF
2.	RAMDHARI CHOWRASIA	69	M	HUSBAND
3.	BAISUOPAL CHAURASIA	45	M	SON
4.	VIKRANT CHAURASIA	41	M	SON
5.	SEEMA CHAURASIA	38	F	DAUGHTER
6.	LINA CHAURASIA	35	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):  
सहायता के लिये जिनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) परिवारों देखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित कारण

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS: CATARACT (LE)
2.	SURGERY: LE (SICS + IOL)

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एकी गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा नीचे का:

- 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 कबल यह कि इस प्रकरण में मैंने एवं सभी विवरण मेरे अंतर्गत के अनुसंधान के लिए एवं अन्य सहायता प्राप्त करना है जो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भना गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि भविष्य में मैंने एवं अन्य सहायता प्राप्त किया अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो किया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यक्तिगत' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रयोग कर सकें, उनके "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य के पूर्ण परिपूरण और वित्तियोगों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे प्रकरण के पूर्ण हो कर मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग है। मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स को निर्यात अधिकृत और अधिकृत होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निम्न



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कलम)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुरोधों को "कोशिका फाउंडेशन" 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 संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए प्राप्त की जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हो कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु अनुमति नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार द्वारा की गई सहायता पर निर्भर करने पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षित और अन्य वर्ग को सही विधि/प्रक्रिया रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>01/09/25</p>	<p><b>Dr. Shibashis Das</b> Director M.B.B.S., M.S (Gold Medalist) Reg. No. 2095-10916</p>	<p><b>Optom Avhijit Das</b> Senior Program Officer (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Sankara Jyoti Eye Institute नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
	