

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
Koshika foundation Building block of life.				
APPLICATION No.: K-0975/1215		APPLICATION DATE: 08/09/25		
NAME of APPLICANT: SUBHRA PAUL		AGE-YEARS: 62	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: UJJAL RANJAN PAUL				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BAKOLKANA APT KAUDIRAMPALLY IAD ROAD KAZIPARA KAITUMDI BARASAT (N) NORTH 24 PARGANAS TOLLU WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAUER	MARRIED / UNMARRIED: [X] MARRIED [] UNMARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME: 8000 x 12 = 24,000/-	(Attach Proof of Income)			
PAN No. [Blank]	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No [X] YES [] NO			
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.	SUBHRA PAUL	62	F	SELF
2.	UJJAL RANJAN PAUL	61	M	HUSBAND
3.	SAMAR PAUL	45	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
SPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
[Blank]		[Blank]	[Blank]	[Blank]
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No. क्रम संख्या	1. DIAGNOSIS: CATARACT LE			
	2. SURGERY: LE (R.I.U + TOR)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त हो जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र को भेज रहा हूँ, उस राशि का अतिरिक्त या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/निर्धन/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके न्यासीयों "को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" स्वयं यादों, दान, याचनाओं द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न लपट्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है यदि सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" स्वयं उसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Sushra Paul

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से समतुल्य या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मरीज के लिये ले ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश इस बात के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत आर्थिक/समस्त हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सहायता स्रोत या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल हितों मंदर उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी गैर सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में लेने के इच्छा सुझा और लेने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/09/25	<i>Dr. Shibashis Das</i> Director M.B.B.S. M.S. (Gold Medalist) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ	<i>Optom. Avhijit Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation & Hospital) Senior Program Officer Sankata Jyoti Eye Institute नाम व पद हस्ताक्षर और अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>Safuraj</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>...</i>
--	--