

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

11/09/25/1217

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

08/09/25

NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम

JAYANTA DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/हस्ताक्षर का नाम

BIJAY DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

DEBOGRAM, BABUPARA, NADIA 701137, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION:
व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

5000 x 12 = 60,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का सक्षम संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का 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 संबंध
1	JAYANTA DAS	54	M	SELF
2	SONALI DAS	51	F	WIFE
3	AYAN DAS	28	M	SON
4	TISHIKA DAS	25	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नौचे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन जो कार्ड की गई प्रालिखित सूची संलग्न
1	DIAGNOSTIC CATARACT (LE)
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 लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया जाएगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता से या भविष्य में भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लाभ ले रहा हूँ 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 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 shall be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रयोग किए जाएंगे, जैसे "कोशिका फाउंडेशन" एब्स, न्यासी, डॉ. या अन्य किसी भी माध्यम से वितरित करने के लिए, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, जो कोशिका फाउंडेशन को दानों को आमंत्रित करने और/या उसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग में लाया जा सके। इस बात का स्पष्ट करना चाहता हूँ कि कोशिका फाउंडेशन मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरे उद्देश्यों के प्रचार के लिए कर सकता है। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" एब्स, न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Jayanta Das

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 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, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने के लिए या से रहेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाएगी/प्राप्त नहीं होगी, तो हमें अपने अल्पता को किसी अन्य स्रोत/बीमा कंपनी या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस घोषणा में स्पष्ट करना चाहता हूँ कि कोशिका फाउंडेशन रोगी के उपचार के लिए पूरी जिम्मेदारी का निर्धारण करेगा और रोगी की सुरक्षा और नतीजों की सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी का निर्धारण करेगा।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता दी जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षा और नतीजों की सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" 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	Dr. Shikshita Das Director (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर एवं मुहर	Optom Avijit Das (Name of Authorised Signatory) Senior Program Officer Sankar Eye Institute जूनior ऑप्टिकल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 Safuraj	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 Safuraj
---	---