

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

11/0925/1289

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि 16/09/25

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

SWAPAN CHANDRA GHOSH 65

AGE-YEARS/आयु-वर्ष

SEX/लिंग

M

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

PANCHKARI GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

HARIHARPUR, BASIRHAT, SOLABANA, NORTH 24
PARAGANAS, 743429, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

AS ABOVE

OCCUPATION:
व्यवसाय

PLUMBER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

4000 X 12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्याई 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 चिह्न 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 सम्बंध
1.	SWAPAN CHANDRA GHOSH	65	M	SELF
2.	ARATI GHOSH	20	F	WIFE
3.	POTUL GHOSH	28	F	DAUGHTER
	BISWAJI GHOSH	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिन्हित 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) उपभोग्यता 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 रोगप्रमाणपत्र/प्रातिवेदन संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY - LENSE (SIDE + 20K)

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE सी गई सहायता राशी

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत कथन अप्रत्यक्ष रूप से मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु जो प्रयोजन की गई है, उस उद्देश्य का अधिक या कमत हिस्सा किसी अन्य स्त्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, इसे "कोशिका" द्वारा, प्रकाश/चित्र/उद्देश्य से जुड़ी नोटिफिकेशंस और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरे उद्देश्य के पूर्ण या आंशिक रूप से प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिकृत है, मुझे स्वतः सहायता या उपचार नहीं कराएगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा इसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समर्थन/सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" से मिलाने सहमत होना सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी तरह से मांगने या किसी अन्य स्त्रोत से उदाहरण के लिए किसी अन्य स्त्रोत से मांगने या किसी अन्य स्त्रोत से मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी तरह से मांगने या किसी अन्य स्त्रोत से मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा जो भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा वह हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने अपने ही उद्देश्य सुरक्षा और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भी निष्कर्ष या निष्कर्ष इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/09/23	Dr. S. K. Das Director M.B.B.S. '13 (Gold Medalist) (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व तारीख व छाप	Optom. Avhijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के लिए अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>Sufyan</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
---	--