

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : N/1025/1396
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 05/10/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BHARATI RAKSHIT
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 57 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RANJAN RAKSHIT
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BHATENDRA KARMAKAR PARK, RAJARHAT, BHATENDRA (LT)

NORTH 24 PARAGANAS, 7000135, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION : HOMEMAKER
व्यवसाय

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 2000 X 12 = 24000/-
कुल वार्षिक आय

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

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 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 सम्बंध
1.	<u>BHARATI RAKSHIT</u>	<u>57</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>RUPALI DAS</u>	<u>20</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>
3.	<u>SONALI MAITY</u>	<u>28</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विनये गये विनती का उद्देश्य:

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

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 कौन सा सहायता राशी

DECLARATION BY APPLICANT: I declare that I am not a member of any of the following organizations: _____

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराए)**

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 Kashika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छाचार या जल्दों की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बोधित है, उसे "कोशिका" एबम् न्यासी, एवं, साक्षात्/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एबम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपेदक के इस्तेमाल या अंगठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

(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.

1) यह कि न तो आमजन और न ही भविष्य में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थापना से उठाए जाएगी/मामले में लेगे या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से सिगरेट/विनाश उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिशय/सफल हेतु मन्त्रालय की कृपया जता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कौशिक फाउन्डेशन" से ली गई महाकाव्य कथल धित्व प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कौशिक फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी को इलाज चुनक और आने जाने की पूरी विम्वेशरी रोगी एवं हस्तगत को होगी और "कौशिक" को कोई भूमिका या विम्वेशरी इस मामले में नहीं होगी।

प्रयोगकर्ता में लिखा संस्करण

03/10/25-

Dr Shibashis Das
Director
M.B.B.S., M.S. (Gold Medalist)
Reg. No. 71235 WBMG
(Name of Dr. & Regd. No. with Chamber)
डा. शिबाशिस दास
डा. शिबाशिस दास

Optom Avhijit Das
(Name, Designation, Stamp of Authorised Signatory)
Senior Program Officer
Sankar Eye Hospital
নাম ও পদ হস্পিটাল অধিকৃত অফিসারী

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
व्यासो हस्ताक्षर 2

Exchanged

2018