

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : W/1005/1517 APPLICATION DATE : 16/10/25
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : LILARANI GHOSH AGE-YEARS 68 SEX F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MANIK GHOSH
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : THAKHALL, HATKURUITA, BAGDA, NORTH 24 PARGANAS,
749232, WEST BENGAL.
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : HOUSEWIFE MARRIED (गिनकित) / UNMARRIED (अगिनकित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 2000x12 = 24,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्वयं प्रदाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर रतता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये): 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.	LILARANI GHOSH	68	F	SELF
2.	MANIK GHOSH	75	M	HUSBAND
3.	SAYANTI DEY	38	F	DAUGHTER
4.	MITHU ROY	38	F	DAUGHTER
5.	ARCHANA MAJUMDAR	48	F	DAUGHTER
6.	BANDANA GUPTA	31	F	DAUGHTER
7.	SAMPA BEN	40	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियत उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- RE (CATARACT)
2.	SURGERY- RE (STIC+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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में अथवा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं गंभीरता से सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछित है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्णतः करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह व्यय किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

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/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 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 will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, साप्ताहिक दूरदर्शन से बड़ी प्रतिष्ठितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे इलाज के खर्चे या खर्च से होने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी 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 मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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, हस्ताक्षरों को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिती उक्त संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सम्पन्न हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा दो या दो से अधिक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने खर्चे को सही निम्नोदगी रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery अंशुकरण की तारीख</p> <p>16/10/25</p>	<p>स्वीकृति के लिये संस्तुति</p> <p><i>Dr. Shikhar Das</i></p> <p>Director^{in-charge} M.B.B.S., M.S. (Gold Medalist) Reg. No. 71035 WBMJ (Name of Dr. & Regn. No. को प्रिंट/स्टैम्प) डायरेक्टर का नाम व रेजिस्ट्रेशन नंबर</p>	<p><i>Optom Avhijit Das</i></p> <p>Senior Program Officer Sankara Jyoti Eye Institute (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safarpur</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	--