

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0126/2287 APPLICATION DATE :
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि 25-01-2026

NAME of APPLICANT : SUBOL MONDAL AGE-YEARS उम्र-वर्ष 55 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NTAI MONDAL
पिता/सहस्रपत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तविक आवासीय पता
24/2e/H/14, APC ROAD, BEADON STREET, KALKAIA
700006, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
As ABOVE



OCCUPATION : FARMER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 3000 x 12 = 36,000 /- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का सत्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No /
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगावे) हाँ / 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	SUBOL MONDAL	55	M	SELF
2	RITA MONDAL	50	F	WIFE
3	SONA MONDAL	24	M	SON
4	SANJAY MONDAL	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्नी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY (LE) - SICSTIOL

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 लें गई सहायता राशी

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवादास्पद एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र तय है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बिमा कंपनी से मदद लेना है और न ही यह मदद किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बिमा कंपनी से न तो लेना है और न ही भविष्य में लेना।

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रारूप में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से, वचन/चित्र/प्रिंट/इलेक्ट्रॉनिक से प्रसारित करने के लिये उपयोग करेगी और/या कोशिका फाउन्डेशन और/या इसके न्यासे के लिये जानकारी व प्रचार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रारूप का निराला भेजे जाने के बाद मेरे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन के न्यासे से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासे का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आचार्य/पेशे को "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्न सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, निम्न इन (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निम्न उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निम्न अधिकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही मदद सहायता का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को शेष का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की गारंटी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>05.01.2016</p>	<p>Dr. Shibajit Das Director (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डायरेक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p>Optom Avhijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Sankar Eye Institute नाम व पद-हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी)</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
	