

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या :

11/09/25

APPLICATION DATE  
आवेदन तिथि

20/09/25

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

ARATI MONDAL

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

65

SEX लिंग

F

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

BISWANATH MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

412, GOPAL CHANDRA BOSE LANE, SINTHEE  
KOLKATA, 700050, WESTBENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION :  
व्यवसाय

MBID

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

4000 x 12 = 48000/-

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

PAN No. स्थाई पत्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No  
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	ARATI MONDAL	65	F	SELF
2	RAJHUNATH MONDAL	30	M	SON
3	SUKLA MONDAL	28	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY - LE (STCS + 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 ले गई सहायता राशि
------------------------	---	---

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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.
  - 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.
  - 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 विषय में सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं अथवा सत्य नहीं है तो मेरी आवेदनपत्र निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए "उद्देश्य" के रूप में बताया है, जो इस आवेदनपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/निर्धनकारी/बिमा कंपनी से न तो लेना है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 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.
  - 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 उत्तर देना या अंगूठे को छापना, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायिक" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में उल्लेख है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायिक, दान, संचालन/प्रचार/उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण को प्रदान की पढ़ने या बाद में कानून के सिद्ध "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायिक 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 स्वयं सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायिक का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक को 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:

- 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.
- 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 और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात 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 संचालन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, बस कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विना अधिक/सकार हेतु मन्त्र नहीं किया जाय है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संचालन या किसी अन्य सहायता संचालन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संचालन या किसी अन्य संचालन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संकलन विधिवत प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज मुफ्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धूमिल या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>20/09/25</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i> Director (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) इसके साथ डॉ. का नाम व तारीख/संकेत</p>	<p><i>Optom Anujn Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) जन व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

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