

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0126/2139
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 05-01-2026
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: CHANDANA MONDAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 53
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUSHIL MONDAL
पिता/ससुरा का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

BIBEKNAGAR, BEGAJAPUR, HATTA, NORTH 24
PARGANAS - 741143, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 1000012 = 12,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

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 सम्बन्ध
1.	CHANDANA MONDAL	53	F	SELF
2.	AMAR MONDAL	65	M	HUSBAND
3.	UTIAL MONDAL	35	M	SON
4.	APARNA MONDAL	30	F	DAUGHTER
5.	JHARNA MONDAL	27	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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 किये गये विनती 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) - PICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को 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 एक लाख सहायता राशी

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 liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashioka 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 करार)**

- 2) ये (आवेक) इस बात से सममत हैं कि योग, पात, चोटों और विषयों को कि सहायता के चरित्रों से प्रेरित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" तथा उसके आधारों का निर्माण अतिम और आवश्यक है।

तावेदक के हसाया या जंगूटे का प्रिशन

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

2. "कोशिका कायान्दोलन" से तो यह सहायक केवल विविध प्रकृति को है। रोगों पर हस्तगत द्वारा ही यह सहायक या किन्हीं गैर उपचार/प्रक्रिया का पुनर्गम रोगी एवं हस्तगत को बीच का विषय है और "कोशिका कायान्दोलन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्तगत में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने बाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्तगत को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इस योजना के लिए संरचना

Date of Surgery अर्पण की तारीख 05-01-2026	<i>Dr. Shikhar Das</i> Director M.B.B.S., M.S. (Gold Medalist) Reg. No. 74324 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल व रजि. नं.	<i>Optim Avhijit Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

FOR INTERNAL USE OF ROBINIA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	