

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0126/2191 APPLICATION DATE : 11.01.2026
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : DILIP MONDAL AGE-YEARS आयु-वर्ष 63 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TOTA MONDAL
पिता/हस्तुम का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
SOUTH HINGAL GANT, HINGAL GANT, NORTH
24 PARGANAS - 743435, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
AS ABOVE

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

TOTAL ANNUAL INCOME : 2000 X 12 = 24,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (हाँ) / No (नहीं)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	<u>DILIP MONDAL</u>	<u>63</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>SWAPAN MONDAL</u>	<u>61</u>	<u>M</u>	<u>BROTHER</u>

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 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 विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें):

- 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 void for non-recognition.
- 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, if the assistance for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निवारा एवं कथन अलग-अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस बात का गम्भीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मैंने कहा है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो रिफ़ंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/republish/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 fulfillment 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.
- इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" एम्बल्म, पत्र, पत्रिका/या दूसरे उद्देश्य के जुड़ी विज्ञापन और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निवारण मेरी इच्छा के बिना या बाद में इस बात की पुष्टि "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बल्म उनके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

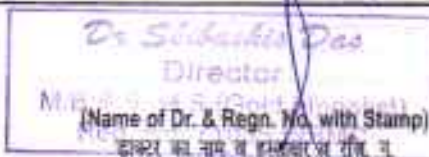
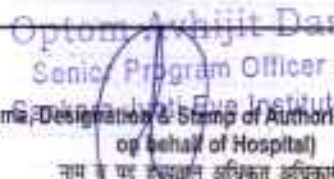
(Signature)

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 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.
 - 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, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/यहाँ के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जायगी या ले ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति अस्वीकार/नकार हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठा लेगी/पावता हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मैंने सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या निषेध गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेगी एवं हस्पताल को बीमा का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने खर्च को पूरी जिम्मेदारी लेगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा का तारीख N. 01.2026	 Dr. Subash Das Director (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर का छाप	 Optom. Ashijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
