

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0126/2264

APPLICATION DATE: 21-01-2026

NAME of APPLICANT: SIPRA TALUKDAR

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOPAL MONDAL

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SAINDALA, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS-743411, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSEWIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 1000 X 12 = 12,000/-

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगायें)

Yes / No

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 सम्बंध
1.	SIPRA TALUKDAR MONDAL	60	F	SELF
2.	GOPAL MONDAL	68	M	HUSBAND
3.	ABISH MONDAL	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती 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) - STC 7105

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 तो गई सहायता राशि

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.

4) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी बिंदुओं में जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

5) मैं यहाँ पर यथावत् प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से तो यह सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में परा गया है।

6) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न की गई है, उस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/निर्धोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में होगा।

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 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.

20-06-2025