

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/0226/2309	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 01.02.2026
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: DULAL MANDAL	AGE-YEARS आयु-वर्ष: 80 SEX लिंग: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: SHYAMACHARAN MANDAL	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता: TANTARA, GHABLA, BASIRHAT-I, NORTH 24 PARGANAS-743422, WEST BENGAL.	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता: AS ABOVE	



OCCUPATION: व्यवसाय: TEA STALL	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 2000 X 12 = 24,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)
PAN No. स्वयं का PAN 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 लगावे): 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 सम्बन्ध
1.	DULAL MANDAL	80	M	SELF
2.	JYASHNA MANDAL	33	F	WIFE
3.	GABLU MANDAL	41	M	SON
4.	SHAMARU MANDAL	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नोड 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 सबूत

"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 (RE)
2.	SURGERY (RE) - SIC3 + IOL

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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्यता अथवा सत्यता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में माग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या प्रयोजना की गई है, इस राशि या अतिरिक्त या संश्लेषित किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जा रही है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कए)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.
- 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" फॉर्म, पत्र, पत्रिका, दूरदर्शन से जुड़े रेडियो/टेलीविजन और इलेक्ट्रॉनिक मीडिया के द्वारा किसी भी प्रकार प्रकाशित कर सकते हैं। मैं इस प्रकार की प्रकाशित में प्रकाशित होने के लिए या मेरे नाम से कए जाने वाले कार्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत से प्राप्त है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फॉर्म इसके न्यासी को निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कए)

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 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.

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारा/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हमारे सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होने-जैसे में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अधिकृत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त अतिरिक्त/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा/हमारे को सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा/हमारे को सहायता हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमारे को इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी हमारे एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01.02.2026	<i>Dr. Shibashis Das</i> Director (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	<i>Optom Anujit Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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