

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. : K/0226/2322 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 03.02.2026 आवेदन तिथि :			
NAME of APPLICANT : PRAHILAD MANDAL आवेदक का नाम :		AGE-YEARS : 66 वर्ष	SEX : M लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RANAJIT MANDAL पिता/कन्या का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : JHONA, NORTH 24 PARAGANAS-743445, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : FARMER व्यवसाय :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : 3000 X 12 = 36,000/- कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. : [Blank] आय कर संख्या :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो सत्य हो उस पर छड़ी का निशान लगाएं) : 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.	PRAHILAD MANDAL	66	M	SELF	
2.	SWAPNA MANDAL	54	F	WIFE	
3.	PIYALI MANDAL	20	F	DAUGHTER	
4.	PINKI MANDAL	23	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 विनिर्दिष्ट 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) = SUCCESSFUL				
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 ली गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: माझेवक्त ह्या कंपनीचे आहे:

- 13) 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.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निम्नलिखित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आगामी निवेदन को का रद्द कर दिया जायेगा।
- 17) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता के लिए अनुरोध किया था।
- 18) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से या किसी अन्य स्रोत से इस सहायता के लिए अनुरोध नहीं किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुबंध दातृ करार)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रपत्र में जोड़ेंगे, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्रों, पत्रिकाओं, पत्र, सम्पत्तियों, दूरदर्शन या रेडियो परीक्षणों को सहायता के लिये किसी भी प्रकार प्रसारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण में हस्ताक्षरों या छाप में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जामैय्या के हजामा या अंजले का निशान

अज्ञान-रूप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 this 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.
- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अंतर्गत, इन्स्टाबुरी को जंग में सामने-संगी को "लोकियल फाउन्डेशन" से मिलिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इन्स्टाबल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो प्राचीन और न ही भविष्य में किसी एकलपक्षी किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य शक्ति से उच्च ऐंगी-नामों में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विकसित/विनिर्मित उच्च के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" इस भय देते कि यह "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सकल हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंध से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पष्टता द्वितीय मरर तक ऐंगी-नामों हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता कोसल विनिर्दिष्ट प्राकृति को है। ऐंगी पर हमसाल इस ही गई सहाय या किये गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव ऐंगी पूर्व इस्तेमाल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये इस्तेमाल में ऐंगी को इत्यर्थ मूलक और जाने जाने को सही विनिर्देशों ऐंगी एवं हमसाल को होनी और "कोशिका" को कोई विनिर्देश या विनिर्देशों इस मामले में जो होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 03.02.2016	Dr. Subhaschandra Das Director M.B.B.S. M.S. (Gen. Surg.) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका का पता	Optom. Avijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमपासत अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

स्मृत्यैव तपस्यैव हितं

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2
	