

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 8/0226/2358 APPLICATION DATE: 07.02.2026
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: PALI MONDAL AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
 आवेदक का नाम 43 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DILIP MONDAL
 पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान उद्धारयोग्य पता
 LASKAR NAGAR, HASNABAD, TARI,
 NORTH 24 PARGANAS - 743426,
 WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासयोग्य पता

AS ABOVE

OCCUPATION: BEUTICIAN
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000X12 = 36,000/-
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
 (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर पता है (जो मान्य हो उस पर सही 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 संबंध
1.	PALI MONDAL	43	F	SELF
2.	DILIP MONDAL	43	M	HUSBAND
3.	PIYALI MONDAL	18	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 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.	DIAGNOSIS - CATARACT (RE)
2.	SURGERY (RE) - SICST+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 ले गई सहायता राशी

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.

33 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.

2) जो कुछ से साराया राशि "कॉन्सिडर फॉरवर्डेशन" से भी जा रही है, वसुधा वसुधा की उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में था गया है।

3) मैं प्रतिबद्ध करता हूँ कि जिस गठानुष्ठान हेतु मैं आवेदन कर रहा हूँ, उस छात्रों का आधिकारिक रूप से सफल विद्यार्थी किसी अन्य छात्र/निदेशक/विभागाध्यक्ष/सचिव से नहीं मिलता है और मैं ही सफल हो जाऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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.

2) मैं (अवेदक) इस बात से साबित हूँ कि मेरा नाम, पात्र, फंसे और विचारण भी कि महात्मा के उद्देश्यों से प्रेरित है मुझे स्वतः साक्षात् या हठकार नहीं बनता। इस सम्बंध में "करीशमा" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय जलिय और बाधककारी होगा।

संवेदन के प्रसारण या उलट्टे का नियंत्रण

AGREEMENT by HOSPITAL. (हस्पताल द्वारा करार)

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, we will not seek financial assistance from any other NGO or any other source. This

इससे अतिरिक्त, हमारे भीतर की ओर से गणराज्य/राष्ट्र को "कॉन्सिडर फाउन्डेशन" से मिलित सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

2. "कॉशिका काउन्सेल" से ली गई सामग्री कांचल विधियाँ प्रकृति की हैं। ऐसी पर हमला करने वाले को सजा या फाँसी देने का फैसला किया जा सकता है।

सभीकृतों के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 07-02-2016	 Dr. Subintha Das Director MBBS, M.S. (Gen. Med.) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल का रजिस्ट्रार का स्टाम्प	 Optem Awijit Das Senior Surgeon (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक ढपणोम हेतु

न्यायी इ.स. १८८८

व्यस्यै इत्यस्य ३