

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0226/2983

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09.02.2026

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MOHARJAN KAYAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तुप का नाम

MOCHE MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

CHHAYMALPUR, KOKIPUR, NORTH 24 PARGANAS,

743429, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

2000 X 12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई आय संख्या

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

क्या आप आय कर एत है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | MOHARJAN KAYAL                                    | 59                         | F              | SELF                                            |
| 2.                     | ABUL KALAM KAYAL                                  | 29                         | M              | SON                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT (LE)                                                                    |
| 2.                     | GLAUCOMA - (LE) - SICS + IOL                                                                 |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |



DECLARATION by APPLICANT: **અવેદનકર્તા દ્વારા જાહેરાત:**

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता एग्री "कॉन्सिडर फंडेडेशन", से हो जा रही है, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण को निम्ने किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यही कहता हूँ कि मैंने सहायता से प्राप्त धन किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्म)**

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपन पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपन में प्रोत्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, प्रान्त, सचदक/या दूसी उद्देश्य से चुडी प्रविधिधियों और उपलब्धियों को लिपे किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपन का विवरण मेरे इलाक के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" त्र न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापता के उद्देश्यों से प्रविष्ट है मुझे सहा: सहायता का हकदार नही बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रपन उसकी न्याधियों का निर्णय अंतिम और सध्याकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :  
 आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

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:

- (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 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 आचरण, हमारी ही ओर से मायसेवारी को "कोशिका पाउन्डेशन" से मिलित सहायता हेतु निवेदित की जाती है, जिसे हम (हस्तक्षेप) किन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्वतंत्र से उम्मा लेनी/पानने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विश्वव्यापक/विश्वव्यापी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मगर हेतु कि है। यह "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित आर्थिक/सहायता हेतु मन्तु नहीं किन्तु ज्ञात है कि अत्यन्त किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त वित्तीय मगर उक्त लेनी/पानने हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/पानने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रवृत्ति को है। योगों पर हस्तगत द्वारा दो गई सहायता या किन्हीं एवं उपचार/प्रक्रिया का सुचय लेनी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिए हस्तगत में योगों के इतना सुरक्षा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्तगत को होती और "कोशिका" को कोई भुविगत या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृतो के लिए संस्तुति

|                                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><b>08.02.2026</b> |  Dr. Subash Das<br>Director<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं. |  Optom Avijit Das<br>Senior Program Officer<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                        | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                          |
|  |  |