

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation building block of life.	
APPLICATION No. : K/0226/2430 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 12.02.2026 आवेदन तिथि :			
NAME of APPLICANT : GURU CHARAN MONDAL आवेदक का नाम :		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 66	SEX लिंग : M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BIJOY MONDAL पिता/पति का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता 2/22 DUNDUM ROAD, COSSIPORA CLUB, KOLKATA - 700002, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION : FARMER व्यवसाय :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : 3500 X 12 = 36,000/- कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. : स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो सत्य 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.	GURU CHARAN MONDAL	66	M	SELF	
2.	MADHUMATI MONDAL	58	F	WIFE	
3.	MAHATA MONDAL	25	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए 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 किन्ने गये विवरण 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) - 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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य/गलत साबित है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद के मुताबिक के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाना है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब प्रत्येक को नहीं हूँ, इस बात का आश्वासन कि मैं अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

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 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.

1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" अपने पत्रों, पत्रिकाओं, दूरदर्शन से चुनी गई टीवी/रेडियो कोर वक्तव्यों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे प्रारूप में दिये जा रहे हैं या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न जारी करेगा।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्जन के लिये दिये जा रहे हैं, सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस प्रारूप में "कोशिका" अपने पत्रों, पत्रिकाओं का निर्माण और प्रसारण करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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/cases 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.

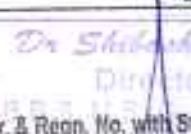
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भरोसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या के लिये है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्मति में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारे किसी अन्य या सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिये ही सहायता प्रदान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।

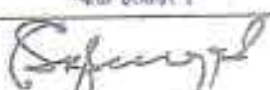
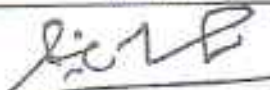
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय सहायता है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने नाम को जारी जिम्मेदारी होती है एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19.02.2026	 Dr. Shikha Das Director (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का छाप	 Optom Ashijit Das (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Sankar नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसे हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसे हस्ताक्षर 2 
--	--