

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0226/2453 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 13.02.2026

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम BISWANATH MONDAL AGE-YEARS आयु-वर्ष 78 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम RAGHUNATH MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
WARD-5, KALLINAGAR, SOUTH TWENTY
FOUR PARCELS - 743336
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
AS ABOVE



OCCUPATION : व्यवसाय TEA STALL MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 2000 x 12 = 24,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता 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 लगाये) 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	BISWANATH MONDAL	78	M	SELF
2	MINATI MONDAL	68	F	WIFE
3	NANTU MONDAL	41	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY (LE) - SILCS + 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 लिया गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 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 क्लियर एवं कथन गलत या झूठा है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज करने का अधिकार है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से यदि मदद मिलेगी है, तो उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता दिया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने कभी भी या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रकम मांगी है और न ही मांगने की इच्छा है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा करार)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को "उद्देश्य" के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषणा है, जो "कोशिका" द्वारा मांगी गई मदद, प्राप्त करने के लिए, या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता दिया है।
- 2) मैं (अर्शेक) इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना मेरी मदद मांगी जा सकती है। मेरी मदद मांगी जाने पर भी मैंने अपने नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मांगने का अधिकार नहीं बनाया। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा मांगी गई मदद के लिए मेरी सहमति अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- इससे स्वीकृत, हस्ताक्षरों को और से चयन/उपयोग को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगने का अधिकार नहीं रखते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनयित उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी अन्य स्रोत/संगठन से प्राप्त होती है, तो हमें उक्त सहायता को पूरा करने के लिए अन्य स्रोत/संगठन से मदद मांगने का अधिकार नहीं बनाया। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हमें उक्त रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत/संगठन से मदद मांगने का अधिकार नहीं बनाया।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया और अन्य चिकित्सा के लिए हमें पूर्ण और अंतिम जिम्मेदारता होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारता नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्शेक का तारीख 13.02.2026	Dr. Shibashis Das Director (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) Sankarn Hospital नाम व पर हस्पताल अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक 2
---	---