

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0226/2468 APPLICATION DATE: 14.02.2026

NAME of APPLICANT: NIRANJAN MANDAL AGE-YEARS: 60 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MANORANJAN MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ~~SANSEKARNAGAR, NORTH 24 PARAGANAS - 743739, WEST BENGAL.~~

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: FARMER MARRIED (निवृत्त) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 2000 X 12 = 24,000/- (Attach Proof of Income)

PAN No. स्थान खाली छोड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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.	NIRANJAN MANDAL	60	M	SELF
2.	CHABIBALA MANDAL	52	F	WIFE
3.	SUPRIYA MANDAL BAIDYA	23	F	DAUGHTER
4.	SULATA MANDAL	26	F	DAUGHTER
5.	SUTIT BARAN MANDAL	17	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) एपीसी कार्ड 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"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 (LE)
2.	SURGERY (LE) - SLCS + 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 एवं गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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, 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 पाया जाय है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मुझे सहायता मिले, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस उद्देश्य के लिये किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो सहायता माँगी है और न ही माँगने की योजना है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमती को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा अन्य माध्यमों, दूर, वाचक/वाचक दूरदर्शन से जुड़ी पत्रिकाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रेषित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित पत्रिकाओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप

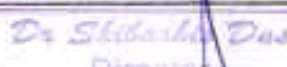
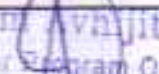


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरक द्वारा करण)

- 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 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षरक को और मेरे प्राधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षरक) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करने का इच्छा रखता हूँ, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता के बिना ही सहायता माँगने की आवश्यकता नहीं है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से मुझे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षरक द्वारा की गई प्रक्रिया या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षरक के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षरक में रोगी को इच्छित चिकित्सा और उपचार के लिये जिम्मेदार रोगी एवं हस्ताक्षरक को होगा और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि 14-02-2026	 Dr. Shibashu Das Director M.B.B.S. (M.S. General Surgery) (Name of Dr. & Regs. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ	 Optom Anshu Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षरक अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	