

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0226/2477**
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **16.02.2026**
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **KAMALA MONDAL**
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **66**
 SEX लिंग: **F**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **वर्तमान आवासीय पता**

**NAIHATI, BADARTALA, BASIRHAT, NORTH
 24 PARGANAS - 743292, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थायी आवासीय पता**

AS ABOVE



OCCUPATION: **COOK**
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **2000 x 12 = 24,000/-**
 कुल वार्षिक आय

(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 चिह्न लगायें)

Yes (हाँ)
 No (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	KAMALA MONDAL	66	F	SELF
2	DIPAK MONDAL	31	M	SON
3	LILY MONDAL	27	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय 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) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTICS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY (LE) - STICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रयोग 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 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 granted 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं तथ्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को वापस कर दी जाएगी।
- 2) मैं दृढ़ता से स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मुझे मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बतलाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार का भुगतान, पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं कर रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् त्रस्टियों, दान, याचना/दान प्राप्त करने के लिए प्रसारण के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के फलने पर आधारित है और मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रस्टियों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकटित है, उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा और इस सहमति से "कोशिका" एवम् त्रस्टियों को किसी भी प्रकार का भुगतान और सहायता नहीं करनी होगी। इस सहमति से "कोशिका" एवम् त्रस्टियों को किसी भी प्रकार का भुगतान और सहायता नहीं करनी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार व स्वीकृति करते हैं।

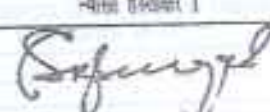
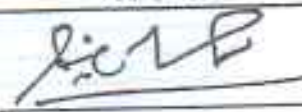
- 1) यह कि न तो हम वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त नहीं हो जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि से स्पष्ट है कि हमें सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि से स्पष्ट है कि हमें सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अनेक करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या भौतिक रूप में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16.02.2026	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Optom Avhijit Das (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Sankar Jor Bahal of Hospital नाम व पद हस्ताक्षर और अधिकृत अंगूठे
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 
--	--