

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0226/2529
 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 05.02.2026

NAME of APPLICANT: MANMOHAN BISWAS
 AGE-YEARS आयु-वर्ष: 71
 SEX लिंग: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: HAKAN BISWAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास का पता
 RAJSHAHN-NORTH 24 PARAGANAS, 743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता
 AS ABOVE



OCCUPATION: FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000 x 12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. क्या है/ नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर पayer हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी का निशान लगाएं)

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 संबंध
1.	MANMOHAN BISWAS	71	M	SELF
2.	GOURI BISWAS	62	F	WIFE
3.	TALU BISWAS	40	M	SON
4.	KALU BISWAS	42	M	SON
5.	PINTU BISWAS	38	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य स्तर वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

"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 (IE)
2.	SURGERY (IE) - STICHTOL

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 लौ गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अत्यंत गलत या झूठ है तो मेरी सहायक निवृत्त की जा सकती है।
 2) मैं इस बात को सख्तता से "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायक हेतु या प्राप्ति की पूर्ति के लिए, इस प्रति या कोशिका फाउन्डेशन द्वारा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से मदद नहीं लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कथन)

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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दूर, कल्पनाएँ द्वारा इत्यादि से मदद अधिष्ठाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे इच्छा के बिना या बाद में काल के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायक का हक्कदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अक्षरवादी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इच्छापूर्वक की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) बिना प्रचार से नाम व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद है/करने में सोचें या सोचें हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उम्मीद के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक निवृत्त अधिकांश/सफल हेतु प्रयत्न की बिना यह है कि सहायक किसी अन्य स्रोत या सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पकाल वित्तीय मदद इस रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायक संस्था वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायक या बिना के प्रचार/प्रक्रिया का प्रयत्न हेतु एवं हस्पताल को भोग का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी के इच्छा पूर्ण और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ एवं एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
25.02.2026

Dr. Sankar Das
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इच्छाक्षर व सील

Optom Ashjit Das
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
 Sankara on behalf of Hospital
 नाम व पद/संकेत/अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 न्यासी हस्ताक्षर 1
Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यासी हस्ताक्षर 2
[Signature]