

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: 4/ 09K/1261

APPLICATION DATE: 12/09/25

NAME of APPLICANT: TAPAN KAYAL

AGE-YEARS: 65 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JOGIBAR KAYAL



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DAYSHIK KHULNA, SNO PARA NORTH 24 PARGANAS, PIN 751006, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: PS ABOVE

OCCUPATION: FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 2000 x 12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. साक्ष्य संख्या

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

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS पारिवारिक 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.	TAPAN KAYAL	65	M	SELF
2.	PRATIYA KAYAL	58	F	WIFE
3.	PRADIP KAYAL	29	M	SON
4.	STAMA MONDAL	25	F	DAUGHTER
5.	BITHIKA ROY	22	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का चीट प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लागत 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 किसे यथेष्ट विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/प्रातिपद से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS: CATARACT/LE
2.	SURGERY/LE (GLAS + IOD)

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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक इस घोषणा करता:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मान्य अथवा सत्य है तो मेरी सहायता निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता पर "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जो राशि है, उसका उपयोग वही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु जो प्रयत्न को नहीं है, उन लोगों का अधिकार या समस्त हितों किसे अन्य स्रोत/निर्धारण/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक इस करता)

- 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" समूह, पत्र, इलेक्ट्रॉनिक दूरदर्शन के माध्यम से या किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस बात विवरण मेरे प्रपत्र को पढ़ने या बाद में करने से किए गए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के प्रसारित है मुझे एक: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह द्वारा निर्धारित का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Tapan Nayal

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर इस करता)

- 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 & R's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से नामलेखनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकृति है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं जो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसे न सहायता संभव या किसे अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उम्मीद की समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अनधिकृत/समस्त हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो जमागत किसे अन्य गैर सरकारी सहायता या किसे अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि जमागत वित्तीय सहायता उम्मीद हेतु किसे गैर सरकारी सहायता या किसे अन्य सहायता से नहीं लेया/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। मेरी पर हस्ताक्षर इस बात को स्पष्ट करता है कि मैंने अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्ताक्षर को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसे उम्मीद का कोई दायर नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर में लेने को प्रदान सुरक्षा और उम्मीद करने को साथ विनियमों लेने एवं हस्ताक्षर को लेने और "कोशिका" को कोई भुविगत या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Optom Avhijit Das

Senior Program Officer

Sankara Jyoti Eye Institute

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर और अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/09/25

Dr. Sankar Das
Director
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्ताक्षर 1

Sankar Das

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हस्ताक्षर 2

Sankar Das