

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1025/1498 APPLICATION DATE : 14/10/25  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SUNITA MANDAL AGE-YEARS आयु-वर्ष 60 SEX लिंग F  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUNIL MANDAL  
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता  
UTTARMALEKRAJGUMTI, NORTH 24 PARWANASI 743432,  
WEST BENGAL, INDIA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अस्थायी पता  
As ABOVE

OCCUPATION : HOUSEWIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थाई पत्रिका संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर रतता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चय लगावे) 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.	SUNITA MANDAL	60	F	SELF
2.	SUNIL MANDAL	70	M	HUSBAND
3.	KATNA GAYEN	30	F	DAUGHTER
4.	SWAPNA MONDAL	35	F	DAUGHTER
5.	SOMA GAYEN	29	F	DAUGHTER
6.	CHIAMPA GAYEN	24	F	DAUGHTER
7.	ASHALATA	21	F	DAUGHTER

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 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 साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किने गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED कौी गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में मांग किया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी, इस राशि का पूरा या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही पक्षीय में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 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/pu-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 fulfilment 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के द्वारा सहमत कर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, पत्र, सार्वजनिक दूरदर्शन से चुकी प्रचारितियों और उपलब्धियों के लिये एकत्रित करके प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रत्येक का विवरण पर प्रत्येक को पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" पर अपनी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी प्रकार के उद्देश्यों के लिये प्रसारित करने के लिये "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अक्षरवादी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**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 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.

- उपरोक्त अधिष्ठाता, हस्ताक्षर की ओर से आम्ने/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को सही है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से उठा रहे/पाएने में होंगे या तो रहे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिधि उठा के सम्मर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित अधिष्ठाता/हस्पताल हेतु यन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उठा रहे/पाएने हेतु किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य सहायता से नहीं लेयाते।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय इच्छा की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या किन्हीं अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षा और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  14/10/25	Dr. Shibashis Das Director (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम, इलाका व पंजी नं.	Optom Avhijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Sankara Jyoti Eye Hospital नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1  Safarj	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2  [Signature]
--	---