

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : M- 1025/1502 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 14/10/25

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : MRITYUNJAY GOLDER AGE-YEARS आयु-वर्ष : 69 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुप का नाम : RAMNARAYAN GOLDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : SOHAJ KOMARDUR, DEGANOA, NORTH 24 PARAGANAS

793423, WEST BENGAL, INDIA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : AS ABOVE



OCCUPATION : व्यवसाय : FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 5000 x 12 = 60,000/-

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

PAN No. : स्थायी 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 निशान लगाये) Yes / No हाँ / नहीं No

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	MRITYUNJAY GOLDER	69	M	SELF
2	ARATI GOLDER	58	F	WIFE
3	BIPLAB GOLDER	21	M	SON
4	UJJAI GOLDER	17	M	SON
5	PINTU GOLDER	23	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 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RE (CATARACT)
2	SURGERY - RE (SICST+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 लौ गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अवैक इस प्रकार 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, 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.

AGREEMENT by APPLICANT (अवैक इस प्रकार)

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/prepare 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवैक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, जैसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, कानपुर/दिल्ली/उदरगत से कृपे गतिविधियों और उपस्थितियों के निम्न विषयों में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण पर उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवैक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यर्ण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अवैक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर इस प्रकार)

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.

- 1) यह कि मैं जो वर्तमान और न हो भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करे/प्राप्त करने में तैयार हो रहा हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सहायता प्राप्त करने के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य गैर सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि जन्मजात द्वितीय मदर उसका सहायता/सहायता देने किसी गैर सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रेषित वित्तीय प्रकृति की है; उन्हे पर हस्ताक्षर द्वारा ही की जायेगा या किसे गैर उपचार/उपचार का चुनाव करेगा एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में उन्हे के हस्ताक्षर सुझा और उन्हे अपने को सारी जिम्मेदारी लेगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>14/10/25</p>	<p><i>Dr. Shibashankar</i> Director M.B.B.S (Gold Medalist) F.R.C.S (S) F.R.C.S (G) F.R.C.S (P) (Name of Dr. & Regy No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी नं.</p>	<p><i>Optom Anshu Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Sankara Jyoti Eye Hospital नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Handwritten signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Handwritten signature)</i></p>
--	--