

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या	K/0224/1278	APPLICATION DATE : 15/02/24 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	SUHRID GHATAK	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम	YOGIBAN GHATAK	63	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान जागरूकता पता SIKHANDA, BARDHAMAN 713150, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान जागरूकता पता				
<b>— AS ABOVE —</b>				
OCCUPATION : अवस्था	LABOURER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	₹1000 X 12 = ₹12,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहे हैं (जो मासिक रूप से पर सही का निशान लगायें)				
FAMILY DETAILS : परिवार की जानकारी				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SUHRID GHATAK	63	M	SELF
2.	MALE GHATAK	28	F	WIFE
3.	ABIR GHATAK	32	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महाराजा हेतु विनामी का उद्देश्य				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेत को मौखिक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्राप्त संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्य जलवायी प्रधान पत्र (प्रधान पत्र को जाप प्राप्त संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उत्तरगांगा कार्ड (उत्तर यात्रा को जाप प्राप्त संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
“PURPOSE” for REQUESTING ASSISTANCE महाराजा हेतु विनामी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आमतालाईटिकों में जारी की गई डिग्रीवेदन संबंधी संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME “PURPOSE” from OTHER SOURCES: इस उद्देश्य के हानि कोई अन्य सहायता किए गए अवयव से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED अन्य सहायता समी		

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन द्वारा घोषित करा-

- 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.
  - I solemnly confirm that assistance, if received from Krishika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
  - 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 अपना बताता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी जिक्रों में से अन्यथा मात्र यह मात्र है। यदि कार्य विकास एवं कालन असाध्य पद्धति वाले हैं कि मैं नियमित रूप से यह मात्र है।  
 2) मैं द्वारा योग्य सहायता की जाती है। "कालिकापाठ-स्टडीज", जो भी कर रही है। उसका उपयोग योग्य तरीका की पूर्ति के लिए किया जाना। जो इन प्रारंभिक में प्राप्त है।  
 3) मैं भीती करता हूँ कि यह विषय जलावाही है। क्या प्रबन्ध की रुचि है। तब यहाँ के अधिकारी या छात्रालय क्रिस्ता किसी अन्य द्वारा नियोजित की जानी से न तो लिया है और न ही अधिकारी में शामिल है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा सहमति)

- 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 agrees 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 जै सम्मेलन का अंगठी की तरफ संस्कार में (अधिकारी) आमने साहाय्य की सुधृत वाला (यह "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "नामदेवी" को अभिकृत करता है) की सभी वार्ता व चर्चा का एवं फोटो व वीडियो विवरण इस प्रपत्र में संबोधित है, तो ये "कोशिका" ग्राम-नामदेवी, राम, उच्चारण दृष्टि दर्शनमें तथा उच्ची भाषिक्यपरिमाण वाले उपलब्धताएँ के लिये बिल्कुल प्रसाद वापस से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। ये इसका वार्तावाला नाम व वार्ता का वार्ता में बदल के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व नामदेवी अधिकृत है।

2.) मैं (अधिकारी) इस बात से सहमत हूं कि प्रत्येक वार्ता व वीडियो व वार्तावाला के लिये सामान्य के लक्षणों से प्रसिद्ध है तुम्हें वार्ता का हकदार यही बनता। इस सम्बन्ध में "वार्तावाला" एवं उसके वार्तावाली का विवर अधिकृत ही बनायकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

लाइब्रेरी का व्यवस्था ग्रन्थों का नियन्त्रण

ମୁଦ୍ରଣ କେନ୍ଦ୍ର

AGREEMENT BY HOSPITAL (HOSPITAL SIGNATURE)

By affixing her/his/her signature on this form, the Authorised Signatory certifies that the information provided in this application is true and correct to the best of his/her knowledge and belief.

- (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.

यहाँ अनेक इन्डियन कॉर्पोरेशन की "कंपनियां पाइ-ट्रेनिंग" में विद्युत संचार के लिए हम (एस्ट्रेलिया) निम्न ब्रांकर से बच्चे व स्कॉलर करते हैं।



२. "कर्मिकात लाइन्डर" ये जी.ए. मराठा संघत ग्रन्थि को है एवं ये हमस्तत द्वारा की गई सताह पर किये एवं उपचार-ग्रन्थि का चुचक रोगी एवं हस्तात के बीच का लिपा है जैसे "कर्मिकात लाइन्डर" द्वारा किये प्रयत्न का केंद्र यज्ञ मही है। इसलिए हमस्तत ये ऐसे जैसे उत्तम युधा लौट आने वाले की शरीर विभवेषण रोगी एवं हमस्तत एवं शरीर और "कर्मिका" के कार्य चलिए। परं लिपेषण इस सम्बन्ध में जीवी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंतर्गत की तारीख	Dr. Sankar Das M.B.B.S. D.C.P.M. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) सुनकर का नाम व लगातार संख्या है-	<b>OPTIONAL AUTHORITY</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory काउंसिल द्वारा दिए गए संदर्भ में से एक का नाम और पद लिखें। SANKAR DAS M.B.B.S. D.C.P.M.
-------------------------------------	--	---

FCR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

आन्तरिक वायुमाला

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी इकाई ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी व्यक्ति २