

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : K/0224/1301 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 21/04/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : SUBIR MITRA आवेदक का नाम :		AGE-YEARS आयु-वर्ष 63		SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LATE SUDHANGSHU KR MITRA पिता/कटुम्ब का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता 16, KARTICK BOSE LANE, BEADON STREET, KOLKATA 700006 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : FRUIT SHOP आवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 5000X12 = 60,000/- कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. : आय का पहचान संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : Yes / No हां / 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 सम्बंध	
1.	SUBIR MITRA	63	M	SELF	
2.	SUMITA MITRA	63	F	WIFE	
3.	SRIJITA MITRA	29	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
SPL 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) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विकल्प का उद्देश्य					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (SICS + 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 लगी गई सहायता राशी	

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 प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कम्पन अज्ञान प्राप्त जाता है तो मेरी ज़ाहिरा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो महापत्र दक्षिण "कॉन्सिडर काउन्टरपार्ट", मेरी जो जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में परत गये हैं।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापत्र से यह प्रश्नपत्र की जा रही है, उस दस्तावेज़ का अंतिम भाग एकल विदेशी किसी अन्य दस्तावेज़/संकेत/चिह्न/कम्यूनिटी में न जा लिया है और न ही भविष्य में भूला।

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 Kashioka Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न का अर्थ है कि क्या यह सत्य है कि भारत में "कोशिका पराजित" की अवस्था है। यदि हाँ तो इसे स्पष्ट करें। जो अधिकार हैं कि भारत में, पक्ष, फोर्ट और जो विभाग इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्याय, राज, वाचनालय इनके उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार चापल से प्रतिस्पर्धा करने को लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विषय है कि भारत में पक्षों या बंद में कार्य के लिए "कोशिका पराजित" के न्यायी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अमेरिका) इस बात से सहमत हूँ कि भारत में, पक्ष, फोर्ट और विभाग जो कि संघर्षों के उद्देश्यों से प्रभावित हैं मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय जमान और बाध्यकारी होगा।

अभेदक में उपलब्ध या संगठित या निर्यात

AGREEMENT by HOSPITAL (OPTIONAL) (SEE PAGE 10)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे कॉर्पोरेट, हमसुधारी की ओर से घबराहट-रोगी की "बेडिंगर फाउन्डेशन" से शीघ्र सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (दुनिया) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- (1) जब कि न तो यो योमान और न ही अधिकांश में विविध सहायता किसी भी प्रकारकी संरक्षण या किसी अन्य कठोर या उच्च योग्यतामें न लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विकास/प्रतिक्रियात्मकता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद लेनी कि है। यदि "तत्कालिक फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अतिरिक्त, सहायता हेतु माग्यु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सहायता के सम्बन्ध में किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय धर उच्च योग्यतामें हेतु किसी भी सहायता के सम्बन्ध में किसी अन्य संस्थाओं से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका पाटनदोष" से ही यह अलगाव कोशक विच्छिन्न प्रकृति की है। ऐसी पर इन्सुलिन द्वारा दो नई प्रजाति का किमि गाने उपचार,प्रक्रिया का सुचारु योगी एवं हस्तगत हो बीच का किमि है और "कोशिका पाटनदोष" द्वारा किसी प्रकार का कोई उपचार नहीं है। इसलिए हस्तगत में योगी की इलाज सुरक्षा और अपने जाने को प्रारी जिम्मेदारी योगी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई प्रकृति या विमोचनारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्थान

21/02/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ स्टैम्प

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
SANKAR ANAND INSTITUTE
नाम व पद हाउसिंग ऑफिसर अधिकारी)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक तपस्या हेतु

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 त्याची हस्ताक्षर 2

Exchanged

2022