

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0224/1303 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 21/02/24 आवेदन तिथि:			
NAME of APPLICANT: SANJAY KUMAR DAS आवेदक का नाम:		AGE-YEARS: 54 वयस वर्ष:	SEX: M लिंग:		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KARTICK CHANDRA DAS पिता/कन्या के नाम:					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 10/6A PRINCIPAL KHUDIRAM BOSE ROAD, BEADON STREET, KOLKATA 700006, WEST BENGAL वर्तमान निवास पता:					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE — स्थायी निवास पता:					
OCCUPATION: GARMENTS SHOP व्यवसाय:			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):		
TOTAL ANNUAL INCOME: 6500 x 12 = 78,000/- कुल वार्षिक आय:			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. सवाई द्वारा संख्या:					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): 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.	SANJAY KUMAR DAS	54	M	SELF	
2.	ANAMIKA DAS	43	F	WIFE	
3.	TANIYA DAS	18	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किन्हीं आधारों में से एक चुनें:					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की 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) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किन्हीं कारणों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि			

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 प्रस्ताव में दिए गए सभी विकल्प मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं प्रमाण अशुद्ध पाया जाता है तो मेरी स्थापना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इच्छा जो स्थापना एजेंसी "कॉलिका भाइयों" को सौंप दी गई है, इसका उपयोग सभी उद्देश्यों के पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में बता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस स्थापना देता वह प्रत्यक्ष भी था है, उस एजेंसी का अधिकार या अधिकार किसी अन्य कोट-लिखित/बैक/कानूनी से न तो लिया है और न ही व्यक्ति में मूल।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) heraby 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 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 Kashika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुहर की साथ साक्षर, मैं (अर्बेदक) अपनी मर्यादा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटेरा" और उसकी मर्यादाओं " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एवम् मर्यादा, इन, साक्षरताएँ मुझे इच्छित से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश का विवरण या उद्देश को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटेरा" में मर्यादा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्बेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वयः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसकी मर्यादाओं का विवरण अतिरिक्त और साक्षरताएँ होगा।

आमेराक के राजासु या संगुते का विनाय

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल की स्वीकृति)

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 अधिकांश हमसफ़री की ओर से सम्बन्धीतों को "कोशिका फलनवादी" से तीव्रतम बराबरता हेतु मिश्रणों की काली है, जिसे हम (हमसफ़री) विभिन्न प्रकार के मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो योगदान और न ही अधिकारों के विविध साक्ष्यगत किसी भी साक्ष्यगत संस्था का किसी अन्य उद्देश्य से एक ही योगदान में लेना या तो यह है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को विकसित/चिन्हित करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद होना कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई अधिकार/संस्था है तो अस्पताल किसी अन्य एक संस्था को किसी अन्य संस्थाओं से साक्ष्यगत लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मरद उद्देश्य से ही किसी भी साक्ष्यगत संस्था का किसी अन्य साक्ष्यगत से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका कण्डन-ड्रॉप" से भी यह संभावना कोसल निहित प्रकृति की है। ऐसे पर हमसत्ता द्वारा ही यह मतलब प्य किमे गये उत्पत्ति-प्रक्रिया का मुख्य रोश एवं हमसत्ता में बीच का विषय है और "कोशिका कण्डन-ड्रॉप" द्वारा किसी इकाय का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमसत्ता में रोश के इलाक़ सुरक्षा और ध्यान जाने को सारे विमर्शदायी रोश एवं हमसत्ता की होश और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया का विमर्शदायी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

21/02/24

Dr. Subashis Das
M.B.B.S
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व डाला जाने वाला स्टाम्प

OPTIONAL AUTHORITY DAS
Source: project & support
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
SANKAR JOURNALUTE
नाम व पद द्वारा प्रमाणित अधिकारी

अन्तराष्ट्रिय तृतीयक हेतु

Exchanged

ज्योती इन्स्टीट्यूट २

Rich