

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0224/1307		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 21/02/24		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम KAUSARI BEGUM		AGE-YEARS : वयस-वर्ष 60	SEX : लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम ABDUL MAZID				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता 8/H/8, BHU KAILASHI ROAD, KHIDDIRPORE, KOLKATA 700023, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION : व्यवसाय MAID		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 3000x12 = 36,000/-		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. : समाप्त खाली 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 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 से साथ सम्बन्ध
1.	KAUSARI BEGUM	60	F	SELF
2.	ABDUL MAZID	69	M	HUSBAND
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियत आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा का पीछे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE : सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरी सलाह संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (STIC + 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 कौन सी सहायता मिली		

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 सोचता हूँ कि इस प्रकार से दिने एवं समी विचारों की जल्दगति के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विचार एवं प्रथम अग्रगत पाया जाता है तो उसे सहायता मिलने की आ प्रकृति है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्रति "आधिका साद्व्यवस्था" से की जा रही है, अर्थात् अवस्था समी अवस्था की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार से बना रहा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता की वह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अवस्था के अनुसार विचार किसी अन्य प्रोत्तिपादक बोध कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिधि में लूटा।

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

- 1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरात्मक या संकेत की सहायता के बिना (अविवेक) अपनी समझ के तहत लिखें। यह "कोशिका काढबेगल और उसके न्यासी" की अधिकृत कथा है कि मेरा नाम, मेरा, छोटी और मे विवरण इस प्रश्न में नहीं है, उसे "कोशिका" एक नया न्यासी, एक, साधारण न्यासी प्रवेश से मुझे गोपनीयता और उपलब्धता के बिना किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काढबेगल" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अविवेक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, मेरा, छोटी और विवरण मेरे कि सहायता के प्रवेश से मुझे न्यासी साधारण का इकाय नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" नया न्यासी न्यासी का विवरण अधिकृत और साधारणता होगा।

आर्य समाज के संस्थापक का जन्म का स्थान



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.

इसमें अधिमान्त, हठवादी की ओर से आत्म/प्राणी को "कोशिका कण्डूबाध" से विरहित महाकाय हनु सिंहासित की कल्पा है, जिसे हनु (हस्तपाल) विम्व प्रकाश के मान्य व स्वोक्त कर्म हैं।

- [illegible]

१. "बौद्धिक सार्वभौमता" से तो यह साफत होना चाहिए कि जिस देश को है। रंगी या सम्पत्ति द्वारा ही यह जगह या बिन्दु एवं उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रंगी एवं सम्पत्ति के बीच का विवाद है और "बौद्धिक सार्वभौमता" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए सम्पत्ति में रंगी के हस्तक सुरक्षा और जाने जाने की साथ निम्नोदारी रंगी एवं सम्पत्ति को छोड़ें और "बौद्धिक" को कोई धर्मिका या निम्नोदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्थान

Dr. Subashis Das
M.B.B.S. M.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डा.सुभाषि दास एम.बी.बी.एस. एम.एस.

OPTIONAL AUTHORITY DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
SANKARA INSTITUTE
सांकेतिक चिकित्सा संस्थान

FDR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक रूपसे है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Ergebnis

list