

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: K/0225/1915
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 12/2/25
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: ANWAR ALI
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष
69SEX लिंग
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: MEMBOOB / BEGUM
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1/24/27 J-1 GHOSH ROAD DELGACHIA
KOLKATA 700037
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: RIKSHAW PULLER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 X 12 = 72000
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. क्या है/ नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का 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 सम्बन्ध
1.	ANWAR ALI	69	M	SELF
2.	MEMBOOB BEGUM	55	F	WIFE
3.	AMJAD ALI	35	M	SON
	ARSHAD ALI	32	M	SON
	IMTIAZ ALI	27	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता 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 प्रीस्क्रिप्शन मूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (LSC + 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 ली गई सहायता राशि

22

- AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक द्वारा सहमति)**

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आलेख के अनुसार यह जगह का विवरण

Anaxarchus

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल की स्वीकृति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) herewith 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.

इसकी अधिकतम इलाखारी की ओर से मामला जेली को "जातिवाद काटनेवाला" से विरोध सहायता हेतु निपटारिता की जाती है, जिसे इस (इस्यारत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार कराई है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश विदेशी संविधानों में किसी प्रकार का उल्लेख है कि राज्य को उच्चतम न्यायाधीश के आदेशों का पालन करना है, जैसे कि अपने "कोरिथा काउन्टीशन" में विचारित/विनीत उच्च को सम्बंध में "कोरिथा काउन्टीशन" द्वारा स्पष्ट है कि है। यदि "कोरिथा काउन्टीशन" द्वारा संवत्त विनीत न्यायाधीश/न्यायाधीशों से सम्बंध नहीं किया जाता है तो सम्बंधित किसी अन्य न्यायाधीशों के संवत्त या किसी अन्य सम्बंध में उच्चतम न्यायाधीशों का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस मूल्य में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बंधित किसी प्रकार उच्च न्यायाधीशों से किसी न्यायाधीशों के संवत्त या किसी अन्य सम्बंध में नहीं होगा/लेगी।
- 2) "कोरिथा काउन्टीशन" में जो न्यायाधीशों के विषय उल्लेख है। रोजी का सम्बंधित द्वारा दी गई संवत्त या विनीत न्यायाधीशों का सम्बंध रोजी एवं सम्बंधित न्यायाधीशों का विषय है और "कोरिथा काउन्टीशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उल्लेख नहीं है। इसलिए सम्बंधित में रोजी के द्वारा न्यायाधीशों और अन्य न्यायाधीशों को सही विचारित/विनीत रोजी एवं सम्बंधित न्यायाधीशों और "कोरिथा" की कोई अधिकांश या विचारित/विनीत उच्चतम न्यायाधीशों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसुति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

12/02/25

Dr. Shishu Chandra Das
Director
M.B.B.S. M.S. (General Medicine)
Fug. (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का स्थान व मुद्रास्थान पर लिखें

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

मात्र च अत्र सम्पन्नः अधिकतः अधिकतः

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नदी प्रवाह ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासो हत्वास्त २

Exempel

here