

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सहायता)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION NO.: KJ 0225 / 1915

APPLICATION DATE: 12/2/25  
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: ANWAR ALI  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 69  
SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MEHBOOB BEGUM  
पिता/कपुत का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 12F/23 J-1C GHOSH ROAD BELGHACHIA  
KOLKATA 700027  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जाकरीद पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: RICKSHAW PULLER  
जबक्षण

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (जीवित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 x 12 = 72000  
वास्तविक जाप

(Attach Proof of Income)  
(जाप का सम्बन्ध संहार)

PAN No.: स्थान संख्या संक्षिप्त

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
जाप जाप का दाता है (जो मान हो उस पर जहाँ का विशेष लगाये)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवर्त विवर

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवर्त के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	ANWAR ALI	60	M	SPOUSE
2.	MEHBOOB BEGUM	55	F	WIFE
3.	AMJAD ALI	25	M	SON
	ARSHAD ALI	32	M	SON
	AMINAH ALI	27	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गृहीत रेत के लिए प्रयोग यदि (प्रयोग यदि को लगा द्वारा भी संभव की)	EW3 Certificate (Attach Certificate Copy) जल. वापर की प्रयोग यदि (प्रयोग यदि को लगा द्वारा भी संभव की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रयोग यदि को लगा द्वारा संभव की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सब्द

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु फिर से विनाई का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ट्रॉफिटर से लाए की गई चिकित्सा या अन्य
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (CCT + IOL)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य उद्देश्य से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेंट द्वारा कहा जाए।

22

- 11) 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 प्राप्ति में सिंचन सभी विधायक वीर नामकारी के अनुसार प्राप्त एवं रही है। परं कोई विधायक सभा कालांग प्राप्त या उन सभी विधायक वीर नामकारी है।

2) मैं द्वारा का मान्यता ग्राही "कोशिका कार्ड-वेशन", से जो जा रही है, उसका उपलब्ध उभी डिटेल को भूमिका के सिंचन विधायक, जो इस प्राप्ति में चाह चाहे है।

3) मैं सूची बताता हूँ कि विधायक सभा कालांग विधायक वीर नामकारी में के तो जितना है और वही भविष्य में रहेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा करते)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 its 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

१) इस प्रकार पर अपने इम्प्रेसिव या बोल्ड का छोर लगाकर, न (असंवेदक) अपने संवेदक को तुर्क बताते हैं एवं कहते हैं कि उनका कठबाहुली जैसा व्यवहार किया जाए तो उनका असंवेदक भी उसकी व्यवहार का असंवेदक बताया जाएगा। इस प्रकार यह असंवेदक व्यवहार में विवरण इस प्रकार में वर्णित है, उद्दे "कोरिला" शब्द ज्ञानी दृष्टि, गतिवयोग दृष्टि उद्देश्य से तुर्की गतिविधियों और उपलब्धियों के दिखे किसी भी प्रकार साधन में उपलब्धि कराने को दिए अधिकृत है। यह इस या विवरण में इतना की चाह ये काम के लिए "कोरिला चार्टर्स" व ज्ञानी अधिकृत है।

२) दूसरे (सांखेक) इस बहुत में प्रभाव है कि यह नाम, चर, फैट और विवरण से जैसे जातियों के दर्शनमें से प्राप्ति है तुर्क स्वरूप समाज का इकायद वही बनता। इस सम्बन्ध में "कोरिला" नाम उनके विविधों का नियंत्रण अधिकृत और विवाहिती होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

संस्कृत के अन्तर्गत यह विषय

Anaximander

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 签名)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 this matter.

प्रत्येक विद्यालय के अधिकारी ने इसका उपयोग करके अपने छात्रों को "विद्यालय जागरूकता" के लिए महाल्ला के विभिन्नों को बताया है। इसका उपयोग विद्यालय के बाहरी समाज के लिए भी उपयोग किया जा सकता है।

- १०) यह किंतु न तो बास्तव वर्ती, व ही भविष्य में विशिष्ट वास्तविक किंतु वैर समाजी संस्थान व क्रियार्थ अन्य स्वेच्छा वै उभयं गोपी-गम्भीरामाले में संगें या से रहे हैं, जैसे कि इनमें "कांशिका वादन्वेशन" में विवरितिहीनीय जल के सम्बन्ध में "कांशिका वादन्वेशन" द्वारा प्रदर्श देते हैं कि हैं। वैर "कांशिका वादन्वेशन" द्वारा महानाल किंतु वार्षिक/सकात हेतु मन्दुरा नहीं किया जाता है कि असाधारण किंतु जल वैर समाजी संस्थान व क्रियार्थ अन्य स्वेच्छा संगें का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इन भूमियों में स्वेच्छा वैर उभयं गोपी-गम्भीरामाले हेतु कियोंगी वैर समाजी संस्थान व क्रियार्थ अन्य स्वेच्छा अपेक्षित रखती है।

ज भीच का विषय है और “कोलिंग कल्पनाकृति” द्वारा किये गए प्रकाश का कहुँ दरमान नहीं है। इसलिए इमरतिल में योगी के इत्ताब मुश्किल और आगे जाने की सहायिता देते हुए एवं इनका अन्त भी योगी जैसे “कल्पनाकृति” की तरीके विषय का विषयरूप हो जाएगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकारी के लिए संवाद

Date of Surgery  
सर्जरी की तारीख

Dr. Sudarshana Das  
Director  
M.B.B.S. M.S. M.D. M.Ch.  
F.R.C.P. F.R.C.R.  
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)

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

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्रिक्ष उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नवाजी हसना |

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
यामी हस्ताक्षर 2

Sparrow

line