

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/0324/1458		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 19/3/24			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम JOGESWAR DAS		AGE-YEARS आयु-वर्ष 45		SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्र का नाम LATE TAMBUL CHANDRA DAS		 			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता SURJASEN POLI, GHOLA ROAD KATI PARA BARASAT-1 NORTH 24 PARGANAS, 700124 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION: व्यवसाय LABOUR					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 4000 x 12 = 48000		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. स्थायी खाता 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 लगावे): Yes / No 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 सम्बंध	
1.	JOGESWAR DAS	45	M	SELF	
2.	SOMITRA DAS	40	F	WIFE	
3.	BISWAJIT DAS	17	M	SON	
4.	LAXMI DAS	15	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किन्ति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE - (SISS+IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की 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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण त्रुटि कायम लगता है तो मेरी ग्राह्यता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापत्र दान "कांशिका फाउन्डेशन", से लो जा रही है, तबसे उपरोक्त उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भी पाया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विश्व महापत्रक हेतु यह प्रश्नों की गई है, उस राशि का अर्थिक या वस्तु-हितसहित किसी अन्य प्रांत-निर्माण/योग्य कम्पनी से न हो विधि है और न ही अधिव्य में होगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

21 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 enroll 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 अग्रणी हस्तक्षेप या ओपेन को साफ सचकार, मैं (आवेशक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटेशन और उसके न्यूसीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एम्बु न्यासी, राग, पाषाणका दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्तक्षेप को करने या कर में करने के लिए "कोशिका काउंटेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आपसक) इस बात से प्रभावित हूँ कि योग, ज्ञान, फोटो और विवरण के कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे अलग; सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कांशिका" एकाग्र उसके व्यक्तियों का निर्माण अंतिम और आवश्यकता होगी।

आवेक के समस्त या जगत के निशान

১৯৭৩ খ্রিঃ

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 अधिकृत छात्राधारी को जोर से मांगलेली को "कोलिका काटवन्धन" से विलीन प्रभावित होत छिपारित को जाले है, जिसे हम (हमसात) मित्र प्रकार से ज्ञान व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कानून और न ही धर्मिय में मिलिय सहायता किसी गैर सहायता सम्बन्ध या किसी अन्य स्वीत से उक्त लेजे/मायले में लेने का जो रहा है, जैसी कि इनने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपक्षित/विरोधित उक्त को सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा बदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दि अशिका/मकल हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अप्पगत किसी अन्य गैर सहायता सम्बन्ध या किसी अन्य व्यवस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अप्पगत द्वितीय मदर उक्त लेजे/मायले हेतु किसी गैर सहायता सम्बन्ध या किसी अन्य साधन से नहीं लेजे/लेयी।

2. "कोशिका फाटने" से तो यह कहा जा सकता है कि यह प्रकृति की है। ऐसी पर हमला करने वालों को ही यह बताना पड़ेगा कि वे अपने-आपके ही कर्मों से अपने-आपको नष्ट कर रहे हैं। "कोशिका फाटने" द्वारा किसी प्रकार का कोई फायदा नहीं है। इसलिए हमला करने वाले को इसका सुख और अपने-आपको नष्ट करने की सारी जिम्मेदारी होती है। हमला करने वाले को ही "कोशिका" को कोई फायदा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery
 दिनांक की भरना

19/3/24

Dr. Shalaby

M.B.B.S. M.S.
C.M.S. Medical College
Reg. no. 71635
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग के

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Sc 28