

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)	 Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0324/1494	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि:	24/3/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	DIPAK DAS	AGE-YEARS: आयु-वर्ष:	52
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुल का नाम:	DEBUPRASAD DAS		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती/स्थान अवस्थाएँ पठा:	BURNING GHAT ROAD ASHOKNAGAR NORTH 24 PARGANAS 743222 WEST BENGAL		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पठा:	<u>— AS ABOVE —</u>		
OCCUPATION: जॉब प्रधान:	SMALL SHOP		MARRIED (मिशनिंग) / UNMARRIED (जीवितानि)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	4500 x 12 = 54000		(Attach Proof of Income) (आप का साध्य संलग्न)
PAN No. स्थाई स्ट्रोक संख्या:			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): कि आप आय का दाता है (जो मासिक हो उस पर सही का नियांत्रण किया जाए)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवर्त विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवर्त के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
1. DIPAK DAS	SURPRIYA DAS	32	M
			SELF SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विकल आवश्यक:			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के गोदे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाप्ति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य जाप कर्ता उपलब्ध रखें (प्रमाण पत्र की लाप्ति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लाप्ति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विकल का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डिक्टर से जारी की गई प्रीवियन सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE		
2.	SURGERY - LE - (STICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 बोधाता हूं कि इस प्राप्ति में ऐसे गप नहीं किया जाता कि ममुक्षु नाम पर्याप्त नहीं है। किंतु विकल्प एवं कामा आवश्यक पापा जल्द है तो मैं भी महापात्र निराकार की जा सकती हूं।
- (2) मैं द्वारा को सहायता नहीं "कोशिका फाउन्डेशन", मैं जी जा नहीं है उसका उपयोग उम्र-वर्गानुसार की पूर्ण के लिए किया जायेगा, कि इस प्रकार मैं कामा चाहता हूं।
- (3) मैं दृष्टि करता हूं कि यह नहीं किया जायेगा कि मैं कामा की अवधिकारी एवं ममता की विकासित कामा की अवधिकारी बनने से मैं जी लिया हूं जौन ही भविष्य में जौना।

AGREEMENT by APPLICANT: (अवेदक द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.
- (1) मैं इस पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की ताप लेकर, मैं (अवेदक) अपनी समर्पित की पूर्ण काल है यदि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूं कि यह नाम, जीवन, जीवन और जीवन इस प्राप्ति में दोषित है, तो "कोशिका" द्वारा न्यासी, जीवन, जीवन/या दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रयाप वापसी में प्रसिद्धि उत्तर के लिए अधिकृत है। मैं इस का विकल्प में जाना जी जीवन के बाहर मैं कामा के उद्देश्यों से प्राप्त हूं तुम्हें महापात्र का हस्ताक्षर नहीं जानता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी का विवरण लीजिए और जाप्तिकारी होगा।
- (2) मैं (अवेदक) इस काल में महापात्र हूं कि ये नाम, जीवन, जीवन और जीवन को किया जाना जी उद्देश्यों से प्राप्त है तुम्हें महापात्र का हस्ताक्षर नहीं जानता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी का विवरण लीजिए और जाप्तिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक के हस्ताक्षर का अंगूठे का विवरण

Dipak Das.

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

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 the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को अंतर से मानाते-होंगे कि "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध महापात्र हैं जिसकी को जाते हैं, जिसे हम (हस्ताक्षर) मिल छाकर से जीवन व स्वीकार करते हैं।

(1) यह कि वे तो यात्रियों और उन ही धर्मों में विविध महापात्र किसी गैर साक्षर संस्थान या किसी अन्य स्थान-में उक्त संस्थान/स्थान में जीवन या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिवायित/विविध उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" हूआ बदल हूम् कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हूआ महापात्र जिसकी अविकार्यता है तो उसका जीवन जीवन और स्वीकार संस्थान में महापात्र लिये कर अधिकार भूषित रहता है। इस पूर्ण में सम्बन्ध कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भवद उक्त संस्थान-में जीवन किसी गैर साक्षर संस्थान या किसी अन्य स्थान-में नहीं होता।

(2) "कोशिका फाउन्डेशन" में जी तो यात्रापात्र नामक विविध प्रकृति को है। ऐसे या हस्ताक्षर द्वारा दी गई जाता या किसी गैर स्वाक्षर/अधिकारी का जूनाव एवं यह हस्ताक्षर के द्वारा को जीवन व स्वीकार नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में ऐसी के द्वारा सुधार और उन्हें जाने की सीधी विस्तरणीय गोपी पद्धति हस्ताक्षर की होती है। "कोशिका" को जोई पूर्णक या विमर्शादी इस गान्धी में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संस्कृती जी, लिए संस्कृती

Dr. Sankaran Das

*OPTION A 2019/2025
Sankaran Das
Sankaran Das
Sankaran Das*

M.B.B.S.
Gold Medalist
D.P.M.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर जी नाम व हस्ताक्षर के लिए या

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
SANKARAN DAS
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपरोक्त हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

Safayal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

Lic/B