

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
**सहायता हेतु आवेदन प्रारूप**

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देन्तिपाल)

APPLICATION No. 1  
1988-1000

K/0325/2236

APPLICATION DATE: 19/3/25

NAME of APPLICANT : MUJAHMEL GAYEN  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वय-वर्ष SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ABDUL GANI GAYEN  
पिता/स्पौज़े का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बहुमान आवासीय पता  
KAMINACHAK, KAMILA DERIACHAK,  
PANSKURA-1, PURBA MEDINIPUR, 721151,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : घर का प�्याप्त संकेत

- AS ABOVE -

**OCCUPATION:**

## ELECTRICIAN

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

### **TOTAL ANNUAL INCOME**

$$4500 \times 12 = \$54,000$$

(Attach Proof of Income)

PAN No. and name above

**ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):**

Yes / No

81 / 248

FAMILY DETAILS वारियर विवरण				
Sr. No. जान संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MUJAMMEL GAYEN	59	M	SELF
2.	MAMATAJ BEGUM	55	F	WIFE
3.	GULSANAKA BEGUM	22	F	DAUGHTER
4.	JASMIN ARA	39	F	DAUGHTER
5.	ALAM ARA	35	F	DAUGHTER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाम अंति संलग्न करें)	अल्प आव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाम अंति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाम अंति संलग्न करें)	अन्य कोई साक्ष

#### **"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टॉक्सिटा से जारी को नई प्राप्तिवेदन सुची संलग्न
①	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
②	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
कोई वित्तीय सहायता के लिए दूसरी स्रोतों से समान उद्देश्य के लिए वित्तीय सहायता कोई वित्तीय सहायता के लिए दूसरी स्रोतों से समान उद्देश्य के लिए वित्तीय सहायता

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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.

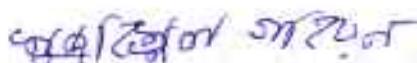
- 1) मैं भवित्व काल हूं कि इस घोषणा में दिये गए सभी विवरण मेरी सत्त्वाती के अनुसार जाव एवं नहीं हैं। यदि कोई विवरण यह काथन अवश्य यामा जाता है तो मेरी ज्ञानाता नियम को जा बदलते हैं।
- 2) मैं द्वारा जी साक्षात् तभी "कोशिका फाउंडेशन", से सभी जा नहीं हैं, उसका उपयोग उसे उत्तराधीन नहीं है विवरण द्वारा दिया जायेगा, जो इस प्रकार में भट्टा जावते हैं।
- 3) मैं युक्ति काल हूं कि विवरण जावाता है और उपयोग की गई है, उस गाँव का नामिक या सकात विषय किसी अन्य सोशल/विकास/ईमा कानूनी से की जिता है और न ही भवित्व में है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक 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) इस प्रकार पर आवेदक द्वारा जाव जावाता, मैं (आवेदक) अपनी ज्ञानाता को युक्ति काल हूं वह "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को सम्पर्क करता हूं कि यह नाम, जाव, जावाती और जी विवरण इस प्रकार में संरक्षित है, उसे "कोशिका" यथाम् जावी, जाव, जावाती/या दूसरे उत्तराधीन में दुखी गतिविधियों द्वारा उपलब्धियों के लिये उपयोगी भी इसका प्रयोग में प्रयोगित कराते हैं। यह प्रयोग का विवरण में इतना के पावें-या बाह में फलते हो लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्ञानी लघिष्ठा है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जाव से ज्ञानाता हूं कि मैं नाम, पाता, जावी और जी विवरण जी कि ज्ञानाता के उत्तराधीन में प्रयोग है मुझे नहीं: सहायता का वाचावार नहीं कराता। इस सर्वांग में "कोशिका" यथाम् उसको ज्ञानीयों वा नियमीय अधिकारी और भावात्मका द्वारा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के इसकाता या लांगूर का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (इसकाता 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकारी, इस्तमाती की ओर से आमतौर पर को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण ज्ञानाता है यह विवरण जो जावता है, जिसे हम (इसकाता) नियम प्रकार से याम्य व ज्ञानाता करता है।

1) यह कि न तो याम्यन और न ही याम्य ये विवरण ज्ञानाता किसी वैर साकाती संस्थान या किसी अन्य स्थान से उसा यामी/यामले में लागे जा से रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणित उसे के याम्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदर्श देते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा ज्ञानाता विवरण अधिकारी/सकाता हैं या भूमता ज्ञानाता हैं तो अम्मला किसी अन्य जी यामाती संस्था या किसी अन्य यामाता से ज्ञानाता है तो का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अम्मला द्वितीय प्रदर्श उसे यामी/यामले में लागते हैं जिसकी अन्य यामन में नहीं लागती है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" में सभी यह ज्ञानाता अंतर्वास विवरण अद्वितीय हैं। यहो पर हमाता द्वारा यह गई स्थान या किसे यह उपचार/प्रक्रिया या भूमता हैं एवं इसकाता के याम या विवरण हैं जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का जोड़ी रखते नहीं हैं। उपर्युक्त इसकाता में योगी के उत्तराधीन या जावन जावन की जावती जिम्मेदारी गोंगो पर्व इसकाता को हाते हैं जो "कोशिका" की जोड़ी भूमता या जिम्मेदारी इस यामले में भी होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृती के लिए संस्कृति

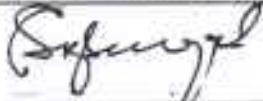
Date of Surgery अंतर्वास के तारीख <i>01/03/25</i>	<b>Dr. Shubhashis Das</b> (Name, Designation & Stamp No. with Stamp) उत्तराधीन अधिकारी/सकाता वा यामी वा Reg. No. 77038	<b>OPTIONAL ACTIVITY DAS</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANTARAKSHIT DAS नाम व उपचार/प्रक्रिया विवरण अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपचार हैं।

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

ज्ञानी इसकाता ।

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

ज्ञानी इसकाता 2

