

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य रक्षण)		 Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/0424/0060 आवेदन संख्या:			APPLICATION DATE: 14-04-24 आवेदन तिथि			 		
NAME of APPLICANT: ISWARI SHAW आवेदक का नाम			AGE-YEARS 74 वय-वर्ष		SEX M लिंग			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHUKKER SHAW पिता/पति का नाम								
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 21/3/2 ANATH NATH DEB LANE, BELGAACHIA, KOLKATA 700037 WEST BENGAL वर्तमान आवासीय पता								
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी आवासीय पता								
OCCUPATION: FARMER व्यवसाय			MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 x 12 = 72000 कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)					
PAN No. [Blank] स्वयं खाली संख्या								
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न लगाएं)								
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.	ISWARI SHAW	74	M	SELF				
2.	SARDA DEVI	69	F	WIFE				
3.	BINOD SHAW	40	M	SON				
4.	SANKAR SHAW	36	M	SON				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार								
BPL Card (Attach Card Copy) सब्सिडी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:								
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगरहित/डॉक्टर से जारी की गई उपचार हेतु सूची संलग्न							
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE							
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?								
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी कार्य सहायता राशि				

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.

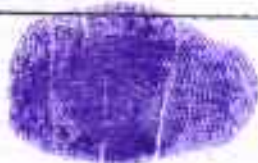
1. मैं सोचता था कि इस प्रश्न में देने वाले सभी विकल्प मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प सत्य मान लिया जाए तो मेरी रायबद्ध निष्पत्ति भी उसी होगी है।
2. मेरी द्वारा जो रायबद्ध प्रति "क्रैमिक फाउन्डेशन" में दी गई है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
3. मैं पुनः कहता हूँ कि मेरा मतलब है कि यह प्रश्न की गई है, उस प्रति या व्यक्ति या संस्था किसी अन्य संवेदनशीलता/जीवा जैविकी में से तो लिया है और मैं इस व्यक्ति में लूँगा।

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.

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.

- 22) मैं (अभेदक) इस बात से सहमत हूँ कि पैरा चार, पांच, छह और विकरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से शामिल हैं मुझे स्वतः सहायक या इकाई नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आर्षेयस्य च हस्तधरः पा अंगुष्ठे आ निशान



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koelika 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 जन्मकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सम्मले/टोपी को "कोशिका फायरवेल" से कल्पित सहायता हेतु विषयों/का की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सम्मले व हस्ताक्षर करते हैं।

- (1) यह कि न तो सर्वमान और न ही परिषद में विशिष्ट छात्राध्यक्ष किसी नैऋतकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्त से तथा ऐसी/व्यक्तों में से ही या तो यह है, जैसे कि इनमें "कौशिक काउन्सिलर" से निष्काशित/निर्गता उक्त के संबंध में "कौशिक काउन्सिलर" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कौशिक काउन्सिलर" द्वारा छात्राध्यक्ष निर्वाचित अधिकार/व्यक्त हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य नैऋतकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से छात्राध्यक्ष होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथा द्वितीय मरद तथा ऐसी/व्यक्तों हेतु किसी नैऋतकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्त से नहीं लेना/लेनी।

2. "वैशेषिक फलदर्शनम्" में ही यह सत्यतः केवल विविध प्रकृति की है। तभी यह इच्छाएँ प्राप्त हो गईं सत्यतः वा विवेक से ही उपलब्ध/प्रक्रिया का सुयोग केवल ही सम्भव

को छोटी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेवारी इस घालने में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

ऑपरेशन ची लक्षणा

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील व

SANKAR MOVED TO HIS OFFICE

आन्तरिक उपयोग हेतु

न्यासी इत्यादि ।

मध्यम कक्षाएं ३

Exemplar

2020