

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

(Healthcare)  
( स्वास्थ्य देखभाल )

APPLICATION No.: K/0924/0112  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 23.04.24  
संवेदन निधि

NAME of APPLICANT : SURYA NATH SEN  
आवेदक का नाम

DE-YEARS वार्ष-वर्ष SEX लिंग

**FATHER & SPOUSE'S NAME :**  
पिता/स्त्रीय का नाम

KAMGEESH CHANDRA SEN

**PRESENT RESIDENCE ADDRESS** वर्तमान स्थायी पता

51/C SIKDER ABAD SHYAM BAZAR KOLKATA 3/00084 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 100 Avenue 10

## 二、党的组织

**OCCUPATION:**

FARMER

MARRIED (check) / UNMARRIED (check)

**TOTAL ANNUAL INCOME:**

~~615B X 12 = 72 - 480~~

(Attach Proof of Income)

Digitized by srujanika@gmail.com

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

View / Hide

卷之四

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेता के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जल्द प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य लाभ वाले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप तकी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जल्द प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड लाइ
--	---	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

**Sr. No.** \_\_\_\_\_ **Medical Reports/Prescriptions Attached**  
**क्रम संख्या** \_\_\_\_\_ अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई इलिमेन सूची संलग्न

DIAGNOSIS - CATARACT - LE

SURGERY - LF - (SIC ST +? OL)

**ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य स्रोत से विनाई जाने वाली हो?

DECLARATION by APPLICANT: मानेक द्वारा "मानेक जी"

- 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 पोषण करता हूँ कि इस ग्राहक ये दिये गये सभी विकार में सहायता के अनुसार सब एवं सही है। परं, पोषण विकार एवं बद्धन जात्यां पाता जाता है तो भेदी सहायता निम्न की तरफ लगती है।
- 2) पैरों द्वारा जो सहायता दर्शि “प्रौढ़ीकरण काटन्देसन”, में ऐसी जरूरत है, उसका उपचार उसी दर्देव की पृष्ठी के लिये किया जायगा, तो इस ग्राहक ये भएगा।
- 3) मैं उत्तीर्ण करता हूँ कि विस सहायता देतुः परं प्रार्थना की वही है, उस प्रकार का जट्ठीलता या ग्राहक विस्तर विविध विषयों का गमनीय से क तो लिप्त है और उसी समिज में लौटा।

**AGREEMENT by APPLICANT**

- 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 मा अपने इमाज़ का ऑप्टेंड की सहायता, मे (अपरेटर) अपनी सहायता की तुष्टि करता हूं कि "कोशिका फायरोंसन जीव उत्तम न्यासीय" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पास, फोटो और वो विवरण इस प्रकार मे चाहिए है, उसे "कोशिका" द्वारा, न्यासी, दाता, काल्पनिक दूसरे उद्देश्य से तुष्टि परिवर्तियों और उत्तराधिकारों के लिए दिखायी पीछा करा दायर, माध्यम से उत्प्रेरित करने के लिए आवश्यक है। मेरे इसका मा विवरण मेरे इसका को लगानी का बदल ये गर्याएँ को लिए "कोशिका चार्डबैंक" व न्यासी आवश्यक है।

2) मे (अपरेटर): इस मात्र से सहमत हूं कि मेरे नाम, चात, फोटो और विवरण जो कि मानवता के उद्देश्यों से सम्बंधित है तुष्टि उत्तम, मानवता का इकायता जीव उत्तमा इस प्रकार मे "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का नियन्त्रण अधिकृत भौतिकीयी रूप।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LETTER THIS INFORMATION

विद्यालय का नाम विद्यालय

Sugyo nath Son.

**AGREEMENT by HOSPITAL** (see page 208)

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.

एवं अन्यथा, इसलिए जो बारे से व्यापकतया कहे - "जनसंघ प्राचीनतम्" तो ऐसीपैकी व्यापकता से व्यापक विषय की जानकारी की जानकारी है।

- 1) यह कि न हो जरूरी और न हो परिण्य में वित्तीय सहायता किसी गैर साक्षात् संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त उमीदवालों ने होनी चाहे तो वही है, जैसे कि हमने "सोशियल फारंडेशन" ने वित्तीय सहायता करने के समय वे "फोटोफोन फारंडेशन" ह्या वर्ष हुए कि है। यदि "सोशियल फारंडेशन" ह्या योग्यता विनाही आवश्यक गवाह होता तो उसकी किमा जाता है तो अस्थायी अन्य गैर साक्षात् संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अविवाद सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट करा जाता है कि अस्थाया हितोंवाल नहर उक्त प्रौद्योगिकी हेतु किसी और साक्षात् संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेनीचाहेगी।
  2. "सोशियल फारंडेशन" से भी यह सहायता बंधन वित्तीय प्रदूषि की है। योगी यह इन्हाँता कुछ दें यह समझ या हिंदे यह उच्चार/प्रक्रिया का भुक्त योगी यह हमेशा ने बोल का सिवाय है और "सोशियल फारंडेशन" ह्या किसी प्रबाल का बोली यहर नहीं है। इसलिये इन्हाँता ये योगी के इच्छा युक्ता और आपने जाने की सही विचाराधीरी योगी एवं इन्हाँता को होमी नहीं "सोशियल" की कोई नियमित या विस्तृतीय योग्यता नहीं दी जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्करण

Date of Surgery ਚੌਪਈਵਾਹ ਦੀ ਤਾਰੀਖ <i>22/01/24</i>	<b>Dr. S. Silakshi Das</b> M.B.B.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ਡਾਕਟਰ ਕਲਾ ਨਾਮ ਵੇਖਾਵਾਂ ਪੰਜਾਬ, ਮੁਲਾਂਗ, ਪੰਜਾਬ, ਭਾਰਤ	<b>OPTIONAL SIGNATURE</b> <i>Sankara Jayaram Iyer</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital TRUSTEE ਸਨਕਾ ਜਯਾਰਮ ਐਰੀ ਟਰਸਟੀ
FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION ਅਨਵਾਰਿਕ ਉਪਯੋਗ ਲਈ		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 ਨਾਮੀ ਸ਼ਾਸਕ । <i>S. Silakshi Das</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ਨਾਮੀ ਸ਼ਾਸਕ 2 <i>S. Jayaram Iyer</i>	