

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0524/0184	APPLICATION DATE आवेदन तिथि:		14/05/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	MAYA DAS	AGE-YEARS: वय-वर्ष:	60	SEX: लिंग:	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम:		GIRAL DAS			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान पता: 9 RAMESH DUTTA STREET, BEADON STREET, KOLKATA 700006, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: निर्धारित वासस्थान पता: — AS ABOVE —					
OCCUPATION: जब्तस्थान:	MAID		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं) (Attach Proof of marriage) (जाप कर जाइये प्रमाण)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	1500X12 = 18,000/-				
PAN No. अपाई नंबर:					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप जाप कर रहे हैं (जो यात्रा हो उस पर सही का विवरण लियें)					
YES <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
FAMILY DETAILS: परिवार की जांच					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के बाये जन्मध्य	
1.	MAYA DAS	60	F	SELF	
2.	AMIT DAS	35	M	SON	
3.	APARNA DAS	23	F	DAUGHTER	
4.	SUPARNA DAS	20	F	DAUGHTER	
5.	MAMONI DAS	25	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) मदायता के लिए विभिन्न आधार:					
BPL Card (Attach Card/ Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण दर्ता (प्रमाण दर्ता की जावा इति संतुष्ट हो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आया अवृत्त दर्ता प्रमाण दर्ता (प्रमाण दर्ता की जावा इति संतुष्ट हो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता दर्ता (प्रमाण दर्ता की जावा इति संतुष्ट हो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई वास्तव		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE मदायता हेतु लिए गए विवरी का वर्णन:					
<p>Br. No. क्रम संख्या</p> <p>Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से आवृत्त की गई प्रसिद्धि वाली मरीज़</p> <p>1. DIAGNOSIS — CATARACT — LE</p> <p>2. SURGERY — LE (SICS + IOL)</p>					
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES! इस उद्देश्य के हातुरी की ओर अन्य मदायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई मदायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT अप्लिकेंट द्वारा घोषणा करते हुए

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 पात्रता कार्ड द्वारा दिए गए यही नियम सभी वापसी के अनुसार वापस भर्ता है। जो उसे नियम का बदला लगाया जाता है तो यही मात्राका नियम को जा लाता है।

2. मेरे हाथ द्वारा याप्ति "कॉर्टिको लाइब्रेरी", वे जी का गयी है, उसका उल्लेख इसी रूपरेखा को तुरी कर दिया जायगा, जो इस प्रकार मेरा गया है।

3. मैं एक जाता हूँ कि यह विस सामग्री हाल ही तक अपने को नहीं रख पाया जाता है किंतु यह विस को जून तक पाया जाना चाहिए।

AGREEMENT by APPLICANT

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshik 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 Koshik Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshik 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 Koshik Foundation, and their decision in this regard will be final and irrevocable in nature.

3) इस प्रकार का अन्वेषण का लिए साक्षरता, दै (अधिकारी) अपनी महसूसी को प्रसिद्ध करते हैं कि "लोगिक समाजसेवा योगसंघर्ष" को अधिकृत कानून है कि यह नव, प्रत्यक्ष और व्यापक इस प्रकार में खड़ा है, उस "लोगिक" एवं व्यापक, एवं वास्तविक इसे जटाने में यह गोलियां भेज उपलब्धियों के लिए बड़ी योग्यता का साक्षात् देती है। ऐसे अधिकृत कानून को आज अधिकृत है। ऐसे उपर यह विवरण से इसका को चलन का बाबा हो सकते कि लिए "लोगिक समाजसेवा" का नाम लीजिएगा है।

4) दै (अधिकारी) इस बाबा से सहमत है कि यह यथा पाठी भी विवरण जो कि लिए जाना की उद्देश्यों में जुड़ा है यह वास्तविक इस साक्षात् का लाभार्थी नहीं कहता। इस सर्वेष ये "लोगिक" एवं उपर उल्लिखित को लियो अन्वेषण और व्यापकीय रूप।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

संस्कृत के वाक्यों की अवधि का विषय



AGREEMENT BY HOSPITAL (SIGN IN THE SPACES)

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 this regard.

- १) यह कि न ही राज्यका भूमिका में लिंगिक व्यवस्था कियागो गो सरकारी अधिकारी या किसी वर्द्धन नवीन में उत्तर दिल्ली-गोपनीयों में ही हो जा सकते हैं, जैसे कि हमने "लोकसभा कानूनदेशन" में विपरीताविरोधी वाक के साथ से "कानूनका पालन-देशन" द्वारा नवर दिल्ली किया गया विविध-व्यवस्था होगा गन्धर्व वाही किया जाता है तो व्यवस्थाएँ किया गया गो सरकारी अधिकारी या किसी दिल्ली व्यवस्था में व्यवस्था तोड़े का अधिकारा नुस्खित रखता है। इस गुणी परं व्यवस्था का बता है कि अमरपाल द्वितीय वर्द्धन दिल्ली-गोपनीयों द्वारा कियी गई सरकारी अधिकारी व्यवस्था में व्यवस्था तोड़ती है।

वह भी का लिया है कि "कल्पित पाण्डु-नारायण" द्वारा जिसी प्रथा का संहेत्र रखा गया है। इसलिए इमरतों में ऐसी को उत्तम धूमों और जारी रखने की भी जरी बिनेशी ठाठी पूजे इमरतों का गुण है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
समीक्षा के लिए संभव

Date of Surgery अंगीकृत की तारीख	Dr. SIBASIS DAS M.B.B.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. सिबास दास नं. १०८४३ बी.एस. ३	OPTIONAL AUTHORITY DAS SANKARA NEELAM HOSPITAL (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory Commissioner/Principal of Hospital)
-------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

સાધુદાન

eric