

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)	 Building Block of Life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	6/0524/0210	APPLICATION DATE आवेदन तिथि:	18/05/24			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	PARBATI NASKAR		AGE-YEARS उमेर-वर्ष:	68	SEX लिंग:	W
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/स्त्री का नाम:	NIMAI NASKAR		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती का वास स्थान:			
JELIA RHALI, PASCHIM KHANDA, SANDESHKHALI-II, NORTH 24 PARGANAS - 713329 WEST BENGAL				PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवास स्थान:		
				— AS ABOVE —		
OCCUPATION: पेशी:	SHOPKEEPER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	6000X12 = 72,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का सब्द्ध संदर्भ)			
PAN No. स्पाई संख्या:						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मम आय निवार कर दाता हूँ (जो जाता है वहाँ पर ममी का विवाह लगाएँ)						
FAMILY DETAILS: परिवार का विवरण						
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के निवासी का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ प्रणाली		
1.	PARBATI NASKAR	68	M			
2.	KALPANA NASKAR	59	F			
3.	ISABELU NASKAR	31	M			
4.	SHUTUL MONDA	26	F			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये विवरी जापार						
BPL Card (Attach Card Copy) मरीजी रेग के नीचे प्रधान यह (प्रधान यह की जाता है संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) इन सभी की इच्छा यह (प्रधान यह की जाता है संतान की)	Ration Card (Attach Copy) इन सभी की इच्छा यह (प्रधान यह की जाता है संतान की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सब्द्ध			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे क्या विवरी जाए जाएगा						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मरीजी/डॉक्टर से आई की गई इच्छाएँ जूही विवरण					
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE					
2.	SURGERY — LE (S185+20L)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये किसी भी अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से किसी रूप से?						
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED से जुँगी सहायता राशि		

**DECLARATION by APPLICANT** : प्राप्ति का गमन का

- 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 charitable/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं प्राप्ति का लिए इस आवेदन में दिये गए मरीचियों की वापकता को अनुमति देता हूँ कि वे कोई भौतिक या नाम से सामाजिक वित्त को बदल नहीं सकते हैं।
- 5) मैं इस आवेदन में "कोशिका फाउंडेशन", वे नहीं कहती है, उभयनाम को उद्देश्य की दृष्टि के तहत लिख रखता है, ये इस आवेदन में सदृश है।
- 6) मैं यूटि का लिए इस आवेदन को यहीं रखा हूँ, जो यांत्रिक वा व्यक्तिगत विषय के लिए उपयोग के लिए नहीं रखा है औ यहीं भी नहीं है।

**AGREEMENT by APPLICANT** : (ग्राहक का लिए)

- 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 it's 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无可避免的 to me.
- 3) इस प्राप्ति का लिए इस आवेदन में दिये गए नामों को अनुमति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके नामों" को अनुमति का लिए इस प्राप्ति का लिए नामों को अनुमति देता है। ये "कोशिका" वर्ष, नामों, राज. वाचकाया दूसरे उद्देश्य के दृष्टि "नामों की वापकता को लिये लिखी लिए गए वाचकाया का लिए नामों को अनुमति देता है।
- 4) मैं (ग्राहक) इस बात से सहमत हूँ कि को यह आवेदन जो कि मरीचियों के लिए आवेदन के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के नामों अनुमति है।
- 5) मैं (ग्राहक) इस बात से सहमत हूँ कि को यह आवेदन जो कि मरीचियों के लिए आवेदन के लिए "कोशिका" वर्ष, नामों नामों का लिए अनुमति देता है।

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

ग्राहक के लिए लिखा गया नाम



**AGREEMENT by HOSPITAL** : (ग्राहक का लिए)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this applicant 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 above sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसकी अधिकतम वापकता की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से लिये गए वाचकाया दूसरे उद्देश्यों की वापकता है। यहां इस आवेदन में यांत्रिक विषयों की वापकता अन्य विषयों की वापकता से इस आवेदन में यांत्रिक विषयों में यांत्रिक विषयों की वापकता है। ऐसे ही इसके लिए "कोशिका फाउंडेशन" की वापकता अन्य विषयों की वापकता से इस आवेदन में यांत्रिक विषयों की वापकता है। इस आवेदन की वापकता अन्य विषयों की वापकता से इस आवेदन की वापकता है। इस आवेदन की वापकता अन्य विषयों की वापकता से इस आवेदन की वापकता है।

3) "कोशिका फाउंडेशन" से भी यह मरीचियों की वापकता नहीं है। यहां इस आवेदन की वापकता या नामों की वापकता नहीं है। यहां इस आवेदन की वापकता नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संकेतिक

Date of Surgery  
अंगीकार की तिथि

18/05/24

Dr. Sankara Das

N.B.G.M.  
HOD IMCU  
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)  
संकारा दास डॉ. संकारा दास

OPTOM AVA DAS

Sankara Das  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
SANKARA DAS  
HOD OF OPTOMETRY & IMCU

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

नामों की वापकता है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामों की वापकता 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामों की वापकता 2