

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता देता आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सेवापाल)

Koshika  
foundation  
Building Block of Life.

APPLICATION No.: K/052A/0226

APPLICATION DATE: 21/05/24  
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: BHAKTARHARI PAUL  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 74 वर्ष  
SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KRISHNA CH. PAL  
पिता/कपुष का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बहूपन अवासीय पाल  
39/1/2A CANAL WEST ROAD, ULTADANGA,

SHYAMBazar MAIL, KOLKATA 700009 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवासीय पाल

— AS ABOVE —



OCCUPATION: PAINTER  
पेंटर

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 X 12 = 48,000/-  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष प्रमाण)

PAN No. रजिस्टरेड संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
वया आप दस्त कर देते हैं (जो जान्य हो उस पर यही का निशान लगायें)

Yes / No  
हाँ / नहीं

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.	BHAKTARHARI PAUL	74	M	SELF
2.	AKRITI PAUL	68	F	WIFE
3.	RAVII PAUL	41	F	DAUGHTER
4.	REKHA PAUL	34	F	DAUGHTER
5.	RINA PAUL	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये चिनाए आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy) गवीरी रेल्ला के द्वारा उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को खाली प्रतीक्षा करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द आप की उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को खाली प्रतीक्षा करें)	Ration Card (Attach Copy) उपलब्ध कार्ड (उपलब्ध पत्र को खाली प्रतीक्षा करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता ही द्वारा नवे चिनाए का उद्देश्यः

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached व्यवस्थापनों से जड़ी की गई व्यक्तिगत सूची संलग्न	
1.	DIAGNOSIS: — CATARACT — LE	
2.	SURGERY — LE (ICS + IOL)	

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता दियो जब्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED लिया गया सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा सांघर्षित करा:

- 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.
  - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshila Foundation, will be used only for the "purposes", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
  - 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 जोष्या काम हूँ तो इस काम ने मिरे गरीबी के समृद्धि काम दूर कर दी है। फिर, चाहे भिजाए दूर काम करना पाया जाता है तो मैंने वहांपर भेजा था कि उसी है।

2) मैंने इस के साथ सभी "उत्तिष्ठ अवधारणा", जो गीत का तो है, उक्त कामगीं उड़ाने लेकर कोई शुरू करे लिया बांधा, तो इस काम ने यह पाया है।

3) मैं पुरी काम हूँ तो ऐसा कामगीं देने वाले को यह उत्तिष्ठ का अवधारणा करने दिया जिसके बाद उत्तिष्ठ अवधारणा का न ठंड लिया है और वह ही उत्तिष्ठ है।

**AGREEMENT by APPLICANT (initials or mark)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.

- 1) इस प्रयत्न पर अपने हमारा यह अंगठी की ताप संग्रहा, ये (अधिकरण) अपनी सामग्री को उत्प्रट करता है एवं "लॉसिंगा फार्डेटेन बीट एक्सेस" यही अविभाग करता है कि गेहा चम्प, चम्प, चम्प, चम्प और ये विश्वास इस प्रयत्न में चलते हैं, जबकि "फॉर्मिला" चम्प, चम्प, चम्प, चम्प यहाँ दूसरे छातींवाले ये दूसरी अविभागित बांध उत्पादित होने के लिए जिसी यही प्रक्रिया चम्पय ये उत्पादित करते थे लिए अविभाग है। ऐसे प्रयत्न यह विश्वास की चम्पय के बाहर का चम्प ने यहाँ ये चम्प ये लिए, "फॉर्मिला चम्पडेटेन" व न्यूनी अविभाग है।
  - 2) ये (अधिकरण) इस चम्प के जानकार हैं कि गेहा चम्प, चम्प, चम्प, चम्प ये विश्वास की ताप संग्रहा के अविभाग दो दृष्टिकोणों से उत्प्रट हैं युक्ति चम्प: चम्पय का दृष्टिकोण यही चम्पय इस उपर्याप्ति में "फॉर्मिला" प्रयत्न उपर्याप्ति व्यवस्थाएँ या विश्वास व्यवस्थाएँ दृष्टिकोण होती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT TURNING APPROVAL:

ਗੁਰੂ ਨਾਨਕ ਦੇਵ ਮਿਸ਼ਨ

Bhakti Hori Paul

ASSESSMENT FOR HOMEWORK (家庭作业)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshita Foundation, we (hereinafter) 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.

ਪੰਜਾਬ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਦੀ ਵੱਡੀ ਸੋਚ ਹੈ ਕਿ ਜਾਂਗ ਦੇ ਅਨੇਕ ਮੁਲਕਾਂ ਵਿੱਚ "ਪੰਜਾਬ ਯੂਨਿਵਰਸਿਟੀ" ਦੀ ਸਥਾਪਨਾ ਕਰ ਉਸਾਂ ਵਿੱਚ ਪੰਜਾਬ ਦੀ ਸੋਚ ਵੱਡੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

- 1) या दिन गंगे वार्षिक और चौथे वर्ष में विभिन्न वार्षिक लिपि द्वारा लालकरी लिपियाँ प्रयोग करते हुए इसका अवलोकन करते हुए बहुत से वर्णन एवं वर्णालय जारी होते हैं।

२. "बोरिल फार्मसेट्स" से लोग मई सप्ताहात एंटी डिप्रेशन प्रतुषि की है। देवी यह इम्प्रेशन ग्रूप में जहां लकड़ा या लिंग गये उच्चतम अधिक्षिण या खुशी देंगे ऐसे हमें लगता है कि योग्य का प्रयोग है और "बोरिल फार्मसेट्स" ग्रूप जिसी बाधा या नई लकड़ी की है। इसीलिये इम्प्रेशन ने देवी के इच्छा ग्रूप और घरने चाहे की सभी लिंगोंहरे देवी की मई इम्प्रेशन "दी लोरी नीर" "बोरिल" की लोरी लिंगों का लिंगोंही जल लाने में जीती रही।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Date of Surgery  
गोपनीय तिथि

**Dr. S. M. S. Gold**  
**M.B.B.S  
Gold Member**

**OPTIONAL FORM DAS**  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
**DAS**

FOR INTERNAL USE OF KOSHUKA FOUNDATION

SANKALP INSTITUTE OF MANAGEMENT

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Symph

See Note