

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षण)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : K/0624/0252

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE 02/06/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : TARUBALA DAS

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

79

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HARANDRA NATH DAS

पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SANDESH KHALI DWARIP TANGLE
NORTH TWENTY FOUR PARGANAS
749446 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : GARMENT'S SHOP

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 8000 X 12 = 96,000

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नित करें)

Yes / हाँ
No / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	TARUBALA DAS	79	F	SELF
2.	BIRESWAR DAS	55	M	SON
3.	ANAL BISH DAS	50	M	SON
4.	PARAMESH DAS	43	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अपूर्वभोज्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे लक्ष्य मिलेगी का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
	SURGERY - LE - (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशि

2) 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.

3) 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 शोभा बताई हूँ कि इस प्रश्न में मैंने यह सभी विवरणों में जासूसी की अनुमति नहीं दी है। यदि कोई विवरण मैंने अपना मतलब कहा है तो मैं यह प्रश्न विवरण की जासूसी की।
2. मैं इस में सारांश दित "क्रॉनिकल फॉरवर्डिंग" में तो कह रही हूँ। इसका अर्थवा इसी अर्थवा की पूर्ण के लिए किया जाएगा, या इस प्रश्न में यह कहा है।
3. मैं सुनिश्चित हूँ कि इस प्रश्नवा हेतु यह प्रश्नवा को मैं हूँ, उस दृष्टि का अर्थवा या सकारात्मक विवरण किसी अन्य प्रश्नवा/प्रश्नवा/प्रश्नवा/प्रश्नवा में न हो सित है और न हो सितवा में भी।

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 Kosmos Foundation, and their decision in this regard will be final and administrative in me.

11. इस प्रश्न का ज्ञान कक्षाधार या ओपन की तरह लगाकर, मैं (आपसे) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "सामिका पराक्रम" और "अनर्क" नामीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और श्रेष्ठ विवरण इस प्रकार में साक्ष्य है, एवं "सामिका" एम्प ग्यालो, राज. धर्म/धर्म/धर्म इत्यादि में सभी अभिप्रेतों और उपस्थितियों के लिये कितने भी प्रकार सम्भव हो सका कि धारण के लिये अधिभूत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी इलाक की जाले या बाल में करने के लिये "सामिका पराक्रम" व जगह अधिभूत है।

2. पी. (आर्षेय) इस बात से सहमत हैं कि पीत नाम, पाद, पांटे और शिखा जो कि आराधना के लक्ष्यों में शामिल हो गये हैं। आराधना का हथकड़ा नहीं बघाला। इस समीक्षा में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्माण अतिम और आवश्यक होना।

अपेक्षा के बलवान या अपेक्षा का निरासन



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.

- हमारे अधिकार, इलाखों की गैर से मजदूरों की "कोशिका परन्देशन" से विविध बहाल हो गुणवत्ता को पाले है, जिसे हम (हमसे) विभिन्न प्रकार की पालन व बर्तीया करते हैं।

- [illegible]

2. "कलिका जगन्मोहन" से ही यह सभाका योग्य विधि प्रकृति की है। योग का सम्बन्ध इस विषय में सत्यता का विषय है। अतः योग का विषय है जो "कलिका जगन्मोहन" द्वारा विधि प्रकाश का कार्य प्रकाश की है। इसीसे सम्बन्ध के योग से प्रत्यक्ष प्रमाण और अन्य कार्य की प्रतीति के योगी एवं सम्बन्ध की योगी और "कलिका" की कोई प्रमाण का सम्बन्ध प्रमाण में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसदीय

Date of Surgery प्रतिष्ठान की तरफ से 02/05/24	<i>Dr. Subash Das</i> M.B.B.S. M.S. Govt. Medical (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डा. सुभाष दास के द्वारा	<i>Dr. Subash Das</i> OPTIONAL AUTHORITY Authorised Signatory (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARAJYOTI डा. सुभाष दास के द्वारा
---	---	--

अभ्युदयः त्रयसंज्ञः

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तेफा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तेफा 2
	