

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0624/0303			APPLICATION DATE: 15/06/24				
NAME of APPLICANT: KAMANA DAS			AGE-YEARS: 54				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SANKAR DAS			SEX: F				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MOHENDRA NAGAR, NATAGARH, PANIHATIC (M)			PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: NORTH 24 PARGANAS 700113 WEST BENGAL				
OCCUPATION: HOUSE WIFE			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED				
TOTAL ANNUAL INCOME: 4500 X 12 = 54,000/-			(Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)				
PAN No. XXXXX XXXX							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☒ YES / ☐ NO							
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध			
1.	KAMANA DAS	54	F	SELF			
2.	SANKAR DAS	51	M	HUSBAND			
3.	SANJAY DAS	26	M	SON			
4.	SAHITA DAS	23	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियत आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश का बीचे 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) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनियत या उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE						
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: समस्त ह्या संस्था या

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koserka Foundation, will be used only for the "purposes", 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.
- 4) मैं यहाँ पर सच है कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण गलत वास्तविकता से भिन्न है तो मेरी प्रार्थना सिमा को वापस कर दी जाएगी।
- 5) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "क़रीबत क़ादर" से ली जा रही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सच एवं सही है।
- 6) मैं यहाँ पर सच है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का उपयोग या वापस (रिफ़ंड) अन्य स्रोत/रोज़गार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में ली जाएगी।

AGREEMENT by APPLICANT: I HEREBY AGREE TO THE TERMS AND CONDITIONS OF THE ABOVE OFFER.

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 visitment 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 irrevocable.
- 3) इस तरह का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका" फाउंडेशन और उसके "वार्डन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस तरह से प्रयोग करें, उस "कोशिका" एजन्सि या व्यक्ति, व्यक्ति/व्यक्तियों द्वारा प्रेषित न जाने वाले/लिखित/लेख्य प्रमाणपत्रों के निम्न बिन्दुों पर आधारित प्रमाण के अभाव में कि मैं अधिकृत हूँ। मेरे प्रयोग का विवरण मेरे हस्ताक्षर के सहित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से निर्धारित अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि फाउंडेशन के वार्डन से प्रेषित हो चुके हों, फाउंडेशन का उपयोग नहीं करेगा। इस संबंध में "कोशिका" एजन्सि या व्यक्ति/व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आर्योपनिषद् से प्रसिद्ध है। यह जगत् का निर्माण

✓ ବ୍ୟବହାର ସ୍ଥଳ

AGREEMENT by HOSPITAL: (HOSPITAL USE ONLY)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 the matter.

इससे अविच्छिन्न, इच्छाशरी की ओर से समर्थ/एगी की "आविष्कार-आवन्देह" से विविध सहायक श्रेणियों की ओर है। जिस रूप (अवस्था) में वह एकाग्र से प्राप्ति व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो धर्मशास्त्र और न ही अधिष्ठात्र का कितना महत्वात् किन्हीं भी सरकारी संस्थाओं या किसी अन्य व्यक्ति के द्वारा उपयोग में लाने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बौद्धिक सम्पन्निधन" में सिफ्टीफिकेटिड उक्त के सम्बन्ध में "बौद्धिक सम्पन्निधन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "बौद्धिक सम्पन्निधन" द्वारा वास्तविक किन्ति अधिकारवाचक हेतु, मन्त्रु या किन्ति वास्तविक किन्ति अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं में महत्वात् लाने का अधिष्ठात्र सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि सम्पत्ति अधिकार उक्त उपयोग में हेतु किन्ति के सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेता/लेती।
2. "बौद्धिक सम्पन्निधन" में ली गई महत्वात् संस्था अधिष्ठात्र प्रकृति को है। ऐसी पर इच्छात् द्वारा दो गई महत्वात् का किन्ति पर उपधार/प्रतिभा का सुयोग ऐसी पर इच्छात् में स्पष्ट का विषय है और "बौद्धिक सम्पन्निधन" द्वारा किन्ति प्रकृत का कोई महत्वात् नहीं है। इसीलिए इच्छात् में ली गई उपधार/प्रतिभा और अपने कार्य/कौशल को किन्ति/लेती ऐसी पर इच्छात् का लाने और "बौद्धिक" को कोई प्रतिभा या विवेकाशीलता इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संक्षीप्ततया यो विषय संश्लेषितः

Date of Surgery
अभियोग की तिथि

1994

15/08/24

Dr. Subhasis Das

MEMBERS

Number of the Report: 101

Name of Or. & Regn. No. with S.

~~OPTOM AVANTI DAS~~

Scanned with CamScanner

(Name, Designation & Stamp of Authorised)

SANKARA INSTITUTE

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी अभिप्राय

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

[illegible]

SIGNATURE of TRUSTEE:

न्यासी प्रजापति ।

2

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भाषा: हिन्दी

0.3