

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य (युग्माता))	 Koshika <small>foundation</small> <small>Building block of life.</small>		
APPLICATION No. आवेदन संख्या	K/0624/0307	APPLICATION DATE आवेदन तिथि			17/06/24
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	PADMARANI DAS	AGE-YEARS आयु-वर्ष	67	SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पितृ/स्त्री का नाम	DILIP DAS				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS जीवन स्थान परिवार 24, NANDAN KANAN, PANTHATTI (M) SODEPUR, NORTH 24 PARGANAS 700110, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान स्थान परिवार — AS ABOVE —					
OCCUPATION : जब्तन्त्र	HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	3000 X 12 = 36,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का स्वेच्छा संलग्न)		
PAN No. स्थान संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): मेरा आय अद्य कर दाता हूँ (जो गान्धी है उस पर मार्गी का विशेष लाभ)					
FAMILY DETAILS घरेलू विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	PADMARANI DAS	67	F	SELF	
2.	SUMAN DAS	39	M	SON	
3.	PAMPA DAS	33	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरी आवश्यक					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे इमारण पर (इमारण पर को लाक प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) प्रति वर्ष की इमारण रक्त (प्रति वर्ष की लाक प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उत्तराखण्ड कार्ड (प्रति वर्ष की लाक प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof सब कोई मालिन		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु लिये रखे विवरी बढ़ा उत्तराखण्ड					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हस्पित से जारी की गई अधिकारी रुखी संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य मदालाल मिलमो अन्य लाइफ से निकल गए (अ)					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोतों का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लो गई मदालाल राशि		

DECLARATION by APPLICANT અરજી કરતું હોય છે:

- 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 Kosika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 यहां परत हूँ कि इस प्रकार मेरे लिए सभी वित्तीय योग्यताएँ को अनुसार साध पर्याप्त हैं। जैसे जैसे वित्तीय योग्यता अपनी याचना है तो उसी योग्यता की जांच की जाएगी है।

2. मैं द्वारा यह घोषणा की गई "जीवनशास्त्र योग्यता" को नीचे दर्शाया गया है, इसका उल्लेख इसे दर्शाव की तुली के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार मेरा भवित्व है।

3. मैं यहां परत हूँ कि वित्तीय योग्यता को अपने लिए बदला दिया जाएगा जब यह वित्तीय योग्यता में से एक योग्यता में से एक हो जाएगी।

AGREEMENT by APPLICANT (initials and date)

- 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 its 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 required.

2.1 (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 Krishika Foundation, and their decision as this regard will be final and不可更改的.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हलांक्षण या अपेक्षा को सारे समझकर, ८ (भावीकरण) अवली स्थापित की गई बात है कि "जटींगढ़ भवत्समान और उसका व्यवहारों" ८ में व्यापकता करता है कि जोड़ व्यवहार, फोटो और लिखाण इस प्रश्न में दर्शित है, उस "कॉलेजों" दबद्दु व्यापी, इन व्यापकताएँ दूसरे छठपत्र में दर्शित व्यापों को दर्शित आवश्यक हैं। ये इसके कई विवरणों की इच्छा करते हैं कि व्यापकता के लिए जितनी भी इच्छा व्यवहार में दर्शित व्यापों को दर्शित आवश्यक है।

2) ये (भावीकरण) इस बात में सहमत हैं कि योग्य व्याप, व्याप, योटे और विवरण जो कि व्यापक की व्यापकता में दर्शित है व्यापी व्याप: व्यापारक वा इकाई भी होता। इस मानवधरे में "व्यापिका" इस व्याप की व्यापिकों का विवरण दर्शित और व्यापकता होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

2010 年 12 月 20 日



AGREEMENT by HOSPITAL (Initials or Name)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshish 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.

इसी अवधि, हनुमती को जो से मन्त्रीपरी को "कोरोना अटॉलिंग" के लिये अवैध घोषित कर दिया गया था।

- १) यह कि न तो वर्णन ही न ही भविष्य में विभिन्न लक्षणों किसी तरीका संबंध में लिखी जाए बल्कि से उसका अधिकारी देखते थे तो ही तो है, यदै कि इनमें “विभिन्न लक्षणों” में विभिन्नीय विभिन्नीय उक्त के लक्षण में “विभिन्न लक्षणों” हाँ मरह द्वारा कहा जाता है। यदै “विभिन्न लक्षणों” हाँ जापान विभिन्नीय विभिन्नीय उक्त के लक्षण में लिखा जाता है तो अन्यतर लिखी जाने तो साक्षात् विभिन्न या लिखा जाने अन्य सम्बन्ध में लिखा जाने लाये जाए तो अपिक्त लुप्तिका ग्राहक है। इस द्वारा एवं सामान्य कारण ही कि अन्यतर लिखी जाने अन्य सम्बन्ध में हाँ द्वारा कहा जाता है तो अन्यतर लिखी जाने अन्य सम्बन्ध में लिखी जाने अन्य सम्बन्ध में हाँ द्वारा कहा जाता है।

२. "कोरिका कालन्देशन" में ती गई वास्तवी संस्कृति प्रदर्शित की है। ऐसी जी हमारी द्वारा यही वास्तवी जी दिखाए गए उपराज्ञीकृति का बुखरा रागी एवं हमारी एवं गीत का विषय है और "कोरिका कालन्देशन" द्वारा जिसी इकाई का योर्ड उपराज्ञी होती है। इसलिये हमारी जी में ऐसे वे उपराज्ञी जी जो योर्ड की वास्तवी विभागीय दृष्टि से असम्मानित होती हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संचालन के लिए सुनिश्चित

Date of Surgery

~~Dr. Subash Das~~

M.B.B.S. M.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
मान्यता वाले रजिस्टरेशन नं. ३

OPTIONAL ADDITION
(Name, Designation & Name of Authorised Signatory
if different from Hospital)
SANKARAN RAO MURUGESWARAN

FOR INTERNAL USE of KOSHIDA FOUNDATION

第二步 调整颜色

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इकाया ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
कानूनी इमारत 2

16.03.2022