

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
**सहायता हेतु आवेदन प्रारूप**

#### **(Healthcare)**

(स्वास्थ्य देशभाषा)

APPLICATION No.: K/0624/0310

APPLICATION DATE 17-06-24  
antra first

NAME of APPLICANT : SWAPNA DUTTA  
स्वप्ना दत्ता

DE-YEARII अम्-गी नेता भूमि

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NAresh CHANDRA DUTTA  
পিতা/স্বামীর নাম :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान स्थायी पता  
14C ROHINI OSTAGAR ROAD, LAKE GARDENS  
700045 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : TEL 30007874

— AS ABOVE —

**OCCUPATION:**

MAHD

MARRIED (जिवाली) / UNMARRIED (अजिवाली)

**TOTAL ANNUAL INCOME :-**

$$2000 \times 12 = 24000$$

(Attach Proof of Income)

PAN No. ३०० ३०० ३००

**ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):**  
 जी मात्र /  नहीं हूँ अस द सर्वे का फैसला यहाँ।

Page 33

**FAMILY DETAILS**

Br. No. ब्रांच नंबर	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant प्रवेशक के साथ सम्बन्ध
1.	SWAPNA DUTTA SWAPNA DUTTA	54	F	SELF
2.	TIYASA DEV SARKAR TIYASA DEV SARKAR	10	F	NEPHEW

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
 Section 81(1)(b) (see page 2)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Easis/Proof
गवाही रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप पर्यंत संलग्न करें।)	आवास साम वाले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर पर्यंत संलग्न करें।)	उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र सीधे उपरोक्त कार्ड संलग्न करें।)	अन्य कार्ड साक्ष

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

માર્ગમાં હોય નિર્દે રાખી વિશ્વી કૃત જરૂરી

Sl. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अन्यतात्/इकाइ जै काउं वाले डिपीसेन दिलावे
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u>
2.	<u>SURGERY — RE (SICS + IOL)</u>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**

**DECLARATION by APPLICANT:** 我宣稱 諸事 爾等 承認

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement(s) will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 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.
  - 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 पात्रता दर्शक हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गए सभी विवरण नीली चालकारी के अनुसार सच्च एवं सत्य हैं। यह नामों विवरण का उपयोग साक्षर पापा जन्मता है तो उनी विवरण विस्तृत की जा सकती है।

2. मैं द्वारा दिए समाप्ति दर्ता "फॉलोअप फाइनेंसर", में भी आ जाती है। इसका उपयोग कुली डॉक्यूमेंट की तुली दर्ता दिए गए विवरण और, जो इस प्राप्ति में भाग आया है।

3. मैं अपनी जाती हूँ कि विवरण सहज तरह दर्ता किये गए विवरणों से भिन्न नहीं हैं। जो भी आ अपेक्षित वाले विवरण किये गए विवरणों से भिन्न नहीं हैं।

**AGREEMENT by APPLICANT**

- 11) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Krishika 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 Krishika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Krishika 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 Trustee(s) of Koishika Foundation, and their decision in this regard will be final and irrevocable in law.

११. इस पर्याप्त जलमें इन्होंने यह अभियान की ओर साझाकर, दि. (प्रतिवेदन) मध्यमी सामग्री की उत्पादन करता है एवं "कार्बोनेट बाइक्सन" भी उत्पादन करता है जिसे योग्यता, परत, जोड़ी और दो विकल्प द्वारा प्रदर्शन की गयी है, इस "जोड़ीकरण" प्रशंसन यथार्थ, ताकि जलसंग्रह द्वारा जलाशय में जुड़ा जलाशयीय सामान उत्पादकों के लिये विस्तृत योग्यता प्रसार यथार्थ से प्रदर्शित कराने के लिये उपयोगिता है। ये इस पर्याप्त यथार्थीयता के लिये जलाशय का विद्युतीय वर्णन में जारी किया गया एवं नियम "जोड़ीकरण फार्मांडिल" द्वारा प्रदर्शित किया गया है।

१२. दि. (प्रतिवेदन) इस बात में सहमत है कि योग्य यथार्थ, यथार्थीयता और विकल्प जैसे विभिन्न विषयों के उत्पादनमें एवं उत्पादन है जूही यथार्थ, यथार्थ का इच्छाकारी जोड़ी करता है, इस सम्बन्ध में "जोड़ीकरण" प्रशंसन यथार्थीयता का विस्तृत विविध और विविधताएँ प्राप्त हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

### संक्षिप्त कालावधि वाचन वा विवर



AGREEMENT by HOSPITAL

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 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.

एक अधिकारी की सोने से मण्डिर-पुरी के "सूर्योदय भवनम्" में विशिष्ट अवस्था में विनाशित की गई।

- यह किंतु न ही वर्तमान और न ही अविद्या में विशिष्ट महामाता किसी गैर साकारी संसार का विषय बन जैसे से लाला याएँ/यामले में उत्तम या न रहे हैं, जैसे कि हालांकि "प्राचीनकाला प्राचीनेतान्" में विशिष्ट-विषयी वर्तमान में संसार ने "कोशिका भाइ-हीराम" द्वारा यथा द्वारा विशिष्ट साकारी-संसार से युग्मवृत्ति दिया गया है गैर साकार किसी तरफ गैर साकारी संसार का किसी तरफ भवनात्मक में महामाता तोने का विषयता सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि पर अटक रहा जात है कि संसारमात्र विशिष्ट यथा उत्तम यामले द्वारा किसी गैर साकारी संसार का विषय बन जैसे से लाला याएँ/यामले में उत्तम या न रहे हैं, जैसे कि हालांकि "प्राचीनकाला प्राचीनेतान्"

२. "कोलिका चाहन्देशन" से ली गई महाप्रभावीति प्रकृति की है। योगी ये इम्मतियां द्वारा दी गई जलवा का फिरा यह उपचारात्मकिता का दूसरा हार्द यह इम्मति।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Date of Surgery

Dr. S. S. Gopal Dr. S.

~~M.B.B.S. M.D.~~  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

## ~~OPTIONAL FORMS~~

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
**ANKARA DENTAL HOSPITAL**

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
लक्ष्मी हरप्रति ।

*Safary*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
संकेत व्यक्ति २

中華書局影印