

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता सेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare) (स्वास्थ्यव इन्डस्ट्रीज)

APPLICATION No: K/0624/0328
प्राप्तिक्रम संख्या:

APPLICATION DATE 21/06/24
अpplication Date दिनी

NAME of APPLICANT: CEOUR SARDAR
STAMPS का नाम

AGE-YEARS 37-111 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KANDAN SARODDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान भवन संकेत

**KULBERIA BHANGAR II SOUTH DUPARGANJ
742502 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : THIS STATEMENT IS

~~AS ABOVE~~

OCCUPATION: FRUIT SELLER

MARRIED (Married) UNMARRIED (Unmarried)

TOTAL ANNUAL INCOME : $4500 \times 12 = 54,000$

(Attach Proof of Income)

Page No. शीर्षक संख्या

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

Year 1 No.
31

FAMILY DETAILS

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

SPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
ग्राम पंच के दीर्घ समय पर (प्रमाण पत्र को लापक तक संलग्न करें।)	इस अवधि पर्याप्त समय पर (प्रमाण पत्र को लापक तक संलग्न करें।)	[प्रमाण पत्र तक साक्ष पर जल्दी लापक करें।]	अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
मार्गदर्शक हेतु विषय एवं सिविली का उत्तराधिकारी।

Sl. No.	Medical Report/Prescription Attached अस्पताल-एक्सिर से जारी को नहीं प्रिसिलेट मुख्य मरम्मन
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: अप्लिकेशन का घोषणा प्रकार :

- 1) 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.
- 2) 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 सहमत करता हूं कि इस डाका में दिये गए मेरी विवरण ऐसी बातों की हैं जिन्हें मैं जानता हूं कि उसका उपयोग एवं उपयोग का उद्देश्य याकूब जाता है तो उसी विवरण की बात सहमत है।
- 2) मैं इस का मानना चाहता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन", ने भी यह दी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की दृष्टि से दिया जाना चाहता है जो इस डाका में दिया गया है।
- 3) मैं यूंची जाता हूं कि विवरण विवरण हैं वह व्यापक को नहीं, वह याकूब का अधिक या अलग विवरण की बाबत जारी रखता है और वह याकूब की बाबत जारी रखता है जिसमें वही व्यापक है जैसा।

AGREEMENT by APPLICANT: अप्लिकेशन का घोषणा

- 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 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/continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and irrevocable to me.
- 1) इस डाका के अन्य भागों की ओर लालकर, दृ. (प्रतीक), मेरी विवरण की यूंची जाता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन" ने उसी विवरण की ओर लालकर, दृष्टि से विवरण इस प्रकार नहीं दिया है, यह "कोशिका" एवं न्याय, एवं, धर्मधर्म एवं दृष्टि विवरणों के द्वारा विवरण दिया जाता है जो इसका व्यापक है।
- 2) मैं यूंची जाता हूं कि यो नाम, जन्म वार्ष और विवरण के द्वारा याकूब का वाक ने कहाँ कि विवरण "कोशिका फाउंडेशन" का नाम है।
- 3) मैं (प्रतीक) इस बाबत में व्यापक हूं कि यो नाम, जन्म वार्ष और विवरण के द्वारा याकूब के लक्ष्यमें संकेतित है यहूं तक कि याकूब का हाथगर नहीं जाता। इस स्वरूप में "कोशिका" एवं उपर्युक्त व्यापकीय वाक विवरण अधिक और व्यापकता देता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेशन का इकाई का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (ट्रॉफी या नीर)

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.

इसी अधिकार, हालाती ही भार से याकूब की "कोशिका फाउंडेशन" में विवरण व्यापक हैं यिक्कीजी की जाती है, जिसे इस (हालात), निम्न जाता से याकूब का अधिकार कहता है।

- 1) यह कि न कोई अधिकार नहीं दिया जाना विवरण व्यापक है यह सहायी संस्थाएँ या विवरण एवं न्याय से याकूब को याकूब की दृष्टि विवरण में "कोशिका फाउंडेशन" हुआ जाता है। एवं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा याकूब विवरण अधिकार/संस्थाएँ हैं यहूं याकूब की विवरण याकूब की सहायी संस्थाएँ का विवरण इन सहायी संस्थाएँ में याकूब का विवरण भूलिया जाता है। इस यूंची का अधिकार है कि याकूब का द्वितीय नाम याकूब याकूब है विवरण की सहायी संस्थाएँ या विवरण एवं न्याय से याकूब की विवरण हैं।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में ली गई याकूब की विवरण यहूं है कि याकूब याकूब का नाम याकूब याकूब याकूब है वह याकूब का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा याकूब का कोई विवरण नहीं है। इसलिये हालात में याकूब याकूब याकूब की विवरण एवं "कोशिका" की कोई यूंची विवरण की विवरण है इस विवरण में याकूब है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संवीकृतों के विषय संस्कृति

Date of Surgery
अंग्रेजी की तारीख

Dr. S. Balachandran

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
दृष्टि की विवरण का विवरण विवरण का विवरण

OPTIONAL SIGNATURE

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
कोशिका फाउंडेशन के लिए विवरण का विवरण का विवरण)

SANKAR

कोशिका फाउंडेशन के लिए विवरण का विवरण

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

कोशिका फाउंडेशन का विवरण

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी विवरण 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी विवरण 2