

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: क/0624/0329 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 21/06/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: TARUBALA MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 67	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SANNASI MONDAL पिता/हस्ताक्षर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान आवासीय पता GENOTA DHANAGAR II POOUTH 24 PARAGANAS 743502 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: व्यवसाय HOUSEWIFE			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 3000x12 = 36,000/-			(Attach Proof of Income) (आय का दस्तावेज संलग्न करें)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही का चिह्नित लाइएँ।) Yes / हाँ / No / नहीं					
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण					
Sr. 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 MONDAL	67	F	SELF	
2.	PRABIR MONDAL	41	M	HUSBAND	
3.	SANJAY MONDAL	42	M	SON	
4.	PUTUL MONDAL	39	F	DAUGHTER	
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता को लिखें किनसे आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मंजूर किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई पर्किप्शंस सुची 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 मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई गई सहायता राशि		

3

- [illegible]

I, 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 Koshiba Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- [illegible]

अन्यथा च समस्तान् यः जगत्तुं विद्वान्



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 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.

इससे अतिशुद्ध, इमरुतों को जोर से घामले-पंगी को "कलिकावा अमरुतद्वय" से शिथिल बड़ाकावा इंदु सिफारिस की जाती है। बिना दवा (इमरुत) निम्न प्रकार से पाया या स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो सर्वमान और न ही व्यक्ति में विचार महाप्राप किन्ती गैर सरकारी संस्थाएँ या किसी अन्य व्यक्ति से तथा जल-पर्याप्तता में होने या न हो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में मिश्रित/अमिश्रित उच्च को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरण हो चुका है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा जलप्राप्त किन्ती अतिरिक्त/सम्पन्न हो सकतु तो किमा सारा है तो अमरता किन्ती अन्य गैर सरकारी संस्था या किन्ती अन्य संस्थाएँ में महाप्राप होने का व्यक्तिगत भुविष्ठ रहता है। इस भुवि में जलप्राप्त करने का कि अमरता द्वारा मरण उच्च ले-पर्याप्तता हो चुकी है। सरकारी संस्था या किन्ती अन्य संस्था में नहीं ले-पर्याप्तता।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में तो यह महाप्राप किन्ती विचार प्रवृत्ति की है। हमने या अमरता द्वारा तो यह सम्बंध या किमा को अमर/पर्याप्तता का चुनाव नहीं एवं अमरता में होने का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किन्ती प्रकाश का कोई प्रकाश नहीं है। इसीलिए अमरता में होने की प्रकाश प्रकाश और अपने करने की सारी विधेयकी हमने एवं अमरता की हमने और "कोशिका" की कोई भुविष्ठ या विधेयकी इस मरण में नहीं होती।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्वस्थता की तारीख 21/06/24	Dr. S. Subashis Das M.B.B.S. N.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और इलाका नं.	OPTOM ANANTA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory or Bell of Hospital) SANKARA BYC CANTONMENT डॉक्टर या हॉस्पिटल का मुहर
---	--	--

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	