

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सेवा)

APPLICATION No.

आवेदन संख्या : K/0624/ 0333

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि 21/06/24

NAME OF APPLICANT

आवेदक का नाम KRISHNAPADA DAS

AGE-YEARS

वय-वर्ष 57

SEX

लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम BIPCHARAN DAS

Koshika  
foundation  
Building Block of Life



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती जायजाम नाम

RHULNA, DHOKHALI, NORTH TWENTY FOUR

PARGANAS 743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जायजाम नाम

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

अवसराप

LABOURER

MARRIED (मंगड़ी) / UNMARRIED (अंगड़ातिल)

(Attach Proof of Income)  
(जायज का सम्बन्ध दस्तावेज़)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

6000 X 12 = 72,000/-

Yes /   
नहीं /

PAN No. स्थानीय संख्या

क्या आप जाप कर रहे हैं? (यो जाप ही उन पर माफी का दिशानकाश है।)

गोपनीय संदर्भ

FAMILY DETAILS परिवार कीवाल

| Br. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>वय (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ जड़भन्द |
|------------------------|---|--------------------------|----------------|---|
| 1.                     | KRISHNAPADA DAS                                   | 59                       | M              | SELF  |
| 2.                     | BIPCHARAN DAS                                     | 48                       | M              | WIFE  |
| 3.                     | TANYA DAS   | 25                       | F              | DAUGHTER  |
| 4.                     | MANTA DAS   | 21                       | F              | DAUGHTER  |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए चिन्हित करें।

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| SPL Card<br>(Attach Card/ Copy)<br>गोपनीय जाप के साथ प्रमाण पत्र<br>(ज्ञापन पत्र की लागत प्रति गतिविधि की) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>गोपनीय जाप की ज्ञापन पत्र<br>(ज्ञापन पत्र की लागत प्रति गतिविधि की) | Rating Card<br>(Attach Copy)<br>गोपनीय जाप की ज्ञापन पत्र<br>(ज्ञापन पत्र की लागत प्रति गतिविधि की) | Any Other Basis/Proof<br>माफ की सहायता |
|--|---|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु चिन्हित करें।

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/दौकान से जापी जी ज्ञापन सूची संलग्न

2. DIAGNOSIS — CATARACT — LF

2. SURGERY — LF (SIES + IOL)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता दिलाई जानी जाती है या नहीं?

NAME of OTHER SOURCE

अन्य सहायता का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED  
माफ की सहायता की मात्रा

Br. No.  
क्रम संख्या

**DECLARATION by APPLICANT:** जावेदः शुभा नामका परा.

- 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 खोला करता हूं कि इस बायन मे लिए गए सभी विवरण यही जास्ती के अनुसार सच वह होते हैं। यदि तोड़े जाना का सबसे बड़ा चाहना है।  
 2) मेरा ज्ञान के समान ही "कोशिका यात्रावंदन", जो नहीं कहता है, उसका उपयोग कभी डॉक्टर को नहीं कर दिया जाना चाहिए। यह उपयोग में बदला जाए।  
 3) मैं नहीं जाना हूं कि बिंदु जास्ती भी यह प्रारंभ के गए हैं, जो यहीं पर आते हैं। जब जास्ती आवंटित होती है, तब वह जास्ती के बाहर जाना हो जाता है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (उम्मीद द्वारा करा)

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 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 (बदलने का).

1) यह प्राप्ति का अपने हस्ताक्षर का अनुदृष्टि की जान जाना। यह "कोशिका यात्रावंदन" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जास्ती और यह विवरण इस उत्तर में दर्शित है, जो "कोशिका" एवं ज्ञानी, गान, विजयपाल द्वारा उत्तर दिया गया है। यह विवरणों को लिये जानी वी प्रस्तुत सचेतन में उत्तराधिकारी के द्वारा अधिकृत है। मेरी उपरान्त यह विवरण में इतना के बहावे का जान नहीं जाना जाता है। यह विवरण को लिये जाना जाता है।  
 2) मैं (अपरेक) यह बात मे जास्ती हूं कि मेरा नाम, जास्ती और यह विवरण जो डॉक्टरों के उत्तराधिकारी में दर्शित है, जो "कोशिका" एवं ज्ञानी वी प्रस्तुत है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

परामर्श के हस्ताक्षर का अनुदृष्टि का निम्नानुसार

*Krishna Chaitanya Das*

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताक्षर द्वारा करा)

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

यहाँ अधिकृत, डॉक्टरी की जान के समर्थनार्थी की "कोशिका यात्रावंदन" के विवरण सहु विवरण को दर्शाता है। यह बात (हस्ताक्षर) यह प्रकार में दर्शाया जाना चाहिए कि है।  
 1) यह कि मैं ही अधिकृत में विविध जास्ती और जास्ती की संस्थान के विवरण सहु विवरण को दर्शाता है। यह अधिकृत जास्ती में जास्ती की जाने वाली विवरणों को दर्शाता है। यह "कोशिका यात्रावंदन" हुआ जाना है। यह "कोशिका यात्रावंदन" हुआ जाना जिसकी विवरणों में जास्ती की जाने वाली विवरण की जास्ती की संस्थान के विवरण सहु विवरण में दर्शाया जाता है। यह अधिकृत जास्ती की जाने वाली विवरणों की जास्ती की जाने वाली संस्थान का विवरण है। यह अधिकृत जास्ती की जाने वाली विवरणों की जास्ती की जाने वाली संस्थान का विवरण है।  
 2) "कोशिका यात्रावंदन" में जीर्ण जास्ती की जाने वाली विवरण दर्शायी जाती है। यह अधिकृत जास्ती की जाने वाली विवरण की जाने वाली विवरण है। यह "कोशिका यात्रावंदन" हुआ विवरण प्रधान का बहुत बहुत गहरा है। यह अधिकृत जास्ती में जास्ती की जाने वाली विवरण की जाने वाली विवरण है। यह अधिकृत जास्ती की जाने वाली विवरण की जाने वाली विवरण है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

संकाळित की जिए उम्मीद

|  |   |  |
|--|---|--|
| Date of Surgery<br>अंगों की उद्दीप्ति<br><i>21/06/22</i> | <i>Dr. Sankalpa Das</i><br>M.B.B.S. M<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>अस्पताल के नाम व उपचारक की जानकारी | <i>OPTION AVAILABILITY DAS</i><br>(Name, Designation & Status of Authorised Signatory<br>को उपचारक की जानकारी)<br>SANKALPA DAS |
|--|---|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तर्भूत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
जास्ती की जाने वाली विवरण 1

*Sufayya*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
जास्ती की जाने वाली विवरण 2

*Siva P*