

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	K/1129/1141	APPLICATION DATE : 05/11/24 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: SANKAR SAHA आवेदक का नाम		AGE-YEARS उमेर-वर्ष 57	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JUGESH SAHA पिता/कपुर्य का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासस्थान पता HARIPUR R-SHAK MPA INAR KALYANWADA NORTH 24 PARMANAS NO 3225 WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासस्थान पता — AS ABOVE —			
OCCUPATION: पेशी	TAILOR		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जीवितानि) (Attach Proof of Income) (आप का साथ संलग्न)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	40,000/- = ₹ 40,000		
PAN No. स्टेट रजिस्ट्रेशन नंबर			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहे हैं (जो मात्र हो उस पर सही का निशान लगाएं)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
1.	SANKAR SAHA	57	M
2.	SHAKTI SANKAR SAHA	35	F
3.	ANUSHMITA SAHA	32	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिन्हित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा की ओर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ले जाने के संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प-व्यवसायी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जल्द प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जल्द प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSES — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE — (SICS + LCL)		
ASSISTANCE BEING AVALUED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALUED लोटी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा घोषणा की:

- 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) ने योग्यता काल है कि इस प्रारंभ में दिए गये सभी किताबें भी अनुसार सम्पर्क वर्तमान हैं। यदि कोई किताब ऐसी कहने अवधारणा पाया जाता है तो वे वहाँ प्रारंभ निरस्त की जा सकती है।
 - 2) ये द्वारा जो महायज्ञ यहि "काशिका फलन्दनशन", में ऐसी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारंभ में भए थए हैं।
 - 3) ये चुनिंदा काल हैं कि नियम महायज्ञ हैं जो अधिकार की गई है, उस यात्रियों का व्यापक या सकृद विस्तार कियी अन्य स्थानोंपरीकरण कर्मणी से न तो लिया है और न ही भविष्यत में लीजा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 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 acceptable to me.

- इस प्रेत या अप्ते हस्ताक्षर या जोगे की स्थिति लक्षणकार, मैं (प्रत्येकका) अपनी महामृत को उत्पन्न करता हूँ ताकि "कोमिका फाइंडर्सन और उसके न्यासीयों" को व्यापकता करता हूँ कि ये नाम, पता, कोलो और यो विवरण इस प्रयत्न में चोखित हैं, ताकि "कोमिका" एवं न्यासी, धन, याचन/या पूर्ण इंटरेंज में तुम्हे गतिशीलियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी द्रष्टा वाच्यम से प्रभावित करने के लिये अधिकृत है। मेरे इनका विवरण मेरे इनका के छह से बढ़के या छह में करते के लिये "कोमिका फाइंडर्सन" व न्यासी मधिकृत है।
 - मैं (प्रत्येक) या उस मैं व्यापक है कि मैं यह या यह लोकों की विवरण के लिये आवश्यक तौर पर उपलब्ध हूँ।

- “कांतिका” इस उल्लेखनीय कार्यक्रम के अंतिम और बास्तविकी होणा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अहंकार के दमताम्बर या सुगंठे लह गिराव

Sankar Saha

AGREEMENT by HOSPITAL (FIRM AND SIGN)

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.

हमारे अधिकृत, उत्तराखण्ड की ओर में सामाजिकों को "कानूनिक प्रबन्धन" से विभिन्न समस्याएँ होती रही हैं, जिनमें जल (जलवाय) विवादों में जल व जलवाय वाले,

- 1) यह कि न गो बर्षापन और व ही भविष्य में विद्युत सामग्री वै भवनकी संस्थापन या किसी अन्य स्रोत से उत्तम ऊर्जा/वायन में संयोग या ऐ ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फार्माचेटिक्स" में विद्युतिकरणित उत्तम की समर्पण में "कोशिका फार्माचेटिक्स" द्वारा प्रदर्श द्वारा किया है। यह "कोशिका फार्माचेटिक्स" द्वारा सामग्रय विनियोगीयान्वयनकल द्वारा बन्दू वै विद्युत या ले असाधारण किसी अन्य वै भवनकी संस्थापन या किसी अन्य सन्मानण में खालीपाणी सूखित रखत है। इस पूर्ण में वायन कहा जाता है कि असाधारण विद्युतिकरण मध्य उत्तम ऊर्जा/वायन में द्वारा किसी वै भवनकी संस्थापन या किसी अन्य सन्मानण में उत्तम ऊर्जा/वायन में लाने को।

2. "ਕੋਸਿਕਾ ਚਾਲਨਦੇਸ਼" ਮੇਂ ਹੀ ਗੱਡ ਸਹਿਯੋਗ ਕੇਨਤ ਵਿਹਿਤ ਪ੍ਰਦੱਤ ਕੀ ਹੈ। ਹੀਂ ਪਾਰ ਇਸਥਾਨ ਦੀਆਂ ਹੀ ਗੱਡ ਸਾਲਾਂ ਪਾ ਕਿਵੇਂ ਧੰਨੇ ਰਹੇ ਤਪਨਾਏਕਿਵਾ ਕਾਂ ਭੁਨ੍ਹ ਰੇਖੀ ਏਂਵੇਂ ਇਸਥਾਨ ਦੇ ਕੋਨੇ ਕਾ ਵਿਹਿਤ ਹੈ ਅਤੇ "ਕੋਸਿਕਾ ਚਾਲਨਦੇਸ਼" ਦੀਆਂ ਕਿਸੇ ਜ਼ਿਕਰ ਕਰ ਕੇ ਉਦੇ ਬਚਨ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਸਥਾਨੇ ਇਸਥਾਨ ਮੇਂ ਹੋਣੇ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਸੁਧਾਰ ਅੰਦਰ ਚਲੇ ਜਾਣੇ ਕੀ ਸਹੀ ਜਿਸੇਹੀ ਹੋਣੇ ਏਂਵੇਂ ਇਸਥਾਨ ਕੀ ਹੀਂ ਹੈ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

COMMENDED FOR ACCEPT

Date of Surgery अंपरेशन की तिथि	<i>Dr. Shibashis Das</i> Director (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम वह हस्ताक्षर वह स्टॅम्प है।	<i>Dr. S. Das</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम वह हस्ताक्षर अधिकारी अधिकारी
------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION કાશીકા ફાઉન્ડેશન

SIGNATURE of TRUSTEE 1
अधिकारी के द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Sefaraz

See VB