

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखांग)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	K/1224/1361	APPLICATION DATE : 03/12/24 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	NIHARA BIBI	AGE-YEARS वय-वर्ष 59	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्पouse का नाम	CHATTAR MOLLA		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS बसान आवासीय पता ISHANGA TUSHAKHALI - SANDESHKHALI - II, NORTH 24 PARGANAS 743496, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			
— AS ABOVE —			
OCCUPATION : जबक्षण	TEA SHOP	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आम	2000 X 12 = 24,000/-	(Attach Proof of Income) (आम का साक्षय संलग्न)	
PAN No. स्टेट खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): बद्ध आम आद कर दाता है (वो मात्र जो उस पर सही का निश्चय होता है)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS घरियां विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	NIHARA ISIBI	59	F
2.	CHATTAR MOLLA	66	M
3.	PRERANA ISIBI	28	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF HUSBAND DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) भरोसे रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ जड़िय संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) बद्ध आम आद इकान पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) इकान पत्र की साथ जड़िय संलग्न करें	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षय
"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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE		
2.	SURGERY — RE (LSC & IOL)		
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED ली गई सहायता रकम	

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा संघरण पत्रः

- 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 शोधन करता हूं कि इस प्रकार मेरे विकास में जलवाया समय ऐसा ही है। यदि कोई विकास एवं व्यवस्था बदल पाया जाता है तो मैं भी जलवाया नियंत्रण भी यह बदलता है।
- 2) मेरे द्वारा भी जलवाया यह "कोशिका फाउंडेशन", जो लोट यही है, उसका उद्देश्य उसकी व्यवस्था को बदलने के लिये विकास करना, जो इस प्रकार मेरा व्यवस्था है।
- 3) मैं पुराणा करता हूं कि विकास जलवाया द्वारा यह प्रार्थना को गई है, जब उसी का व्योग्यता यह सहज विकास किये जन्म जौलायिकावादीय कानूनों से न तो लिया है और वही व्यवस्था में रही है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा करार)

- 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 acceptable to me.
- 1) इस प्रकार मैं अपने जलवाया का अंदर की ओर लगाकर, मैं (अप्पेलेंट) अपनी सहमति को पुराणा करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके जालों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और यह योग्यता है, जो "कोशिका" एवं नामी, दान, जलवाया दूसरे उद्देश्य में सुधूर व्यवस्थिति और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार व्यवस्था में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम व्यवस्था में इतना के बाते या बाद में कहाने के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" या नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस बात से सहमता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकास को कि जलवाया के उद्देश्यों से प्राप्ति है पुराणे रूप से: जलवाया का जलवाया नहीं कहता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके जालोंको का विवरण अंदर बदलकर देंगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट के हस्ताक्षर या झोलूड का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.
- हमां अधिकृत, इसलिये को जोर से याम्हो/योगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध जलवाया द्वारा नियन्त्रित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न उकार से मात्र व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो योग्यता और न ही परिमाण में विविध जलवाया किसी गैर जलवायी संस्करण या किसी जन्म स्थेत या उक्त योग्यतामाले में लौगी या न लौगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से नियन्त्रित/विनियोगी उक्त के घटनाएँ में "कोशिका फाउंडेशन". द्वारा गमर द्वारा कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जलवाया नियन्त्रित जालों/संस्करण द्वारा यह योग्यता नहीं किया जाता है तो अपनाता किसी अन्य विविध जलवायी संस्करण या किसी अन्य जलवायन से जलवाया लौगी का अधिकृत गुणवत्ता रखता है। इस पुराणे में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गमर उक्त योग्यतामाले द्वारा किसी गैर जलवायी संस्करण से नहीं लंगवालेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लौगी यह जलवाया कोणता विविध प्रकृति की है। ऐसे पर हस्पताल द्वारा यह यह जलवाया का चुनाव लेंगी एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उक्त का चोरी एवं नहीं है। इसलिये हस्पताल में योगी के इतना योग्यता और जलवायन को सही विनाम्रता योगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवरण्यता इस जालों में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

Date of Surgery अंदोलन की तिथि <i>03/12/2021</i>	Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) ठाकुरगिरी नामांकन दोस्तीकारी संस्करण	<i>OPTIONAL INFORMATION</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राजीक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्पताल 1 <i>S. Sengupta</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्पताल 2 <i>S. Sengupta</i>
--	--