

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		Koshika foundation	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		Building block of life.	
APPLICATION No. : 10/1224/1451		APPLICATION DATE : 16/12/24			
आवेदन संख्या :		आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : MANIMOHAN NASKAR		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग		
आवेदक का नाम		69	M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ANIL NASKAR					
पिता/कटुम्भ का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता					
KUSHANGRA, ISAMANPUKUR, MINAKHAN, NORTH 24 PARGANAS, TANGRA, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION : TAILOR		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : 4000x12 = 48,000/-		(Attach Proof of Income)			
कुल वार्षिक आय		(आय का सबूत संलग्न करें)			
PAN No. स्थायी आयकर संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		हाँ / 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 के साथ सम्बन्ध	
1	MANIMOHAN NASKAR	69	M	SELF	
2	AKRATI NASKAR	44	F	WIFE	
3	ANJALI NASKAR	35	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनति का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2	SURGERY - RE (SICL + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि			

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई शिवाय एवं कथन अलग पत्राचार हो तो मेरी सहायता निरस्त हो जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ है, कसबत उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया करने, जो इस प्रश्न में पत्राचार है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता लेना यह प्रश्न को नहीं है, उस प्रति का कोशिका या सहायता निरस्त निरस्त अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सता है और न ही भविष्य में होगा।

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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओरों को साफ साफकर, मैं (जवाबदा) अपनी सामग्री की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके माध्यमों" को अभिमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लेषित है, उसे "कोशिका" एवं मायो, रक्त, मायनसल सूक्ष्मदर्शक से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के दिने किसी भी प्रकार सामग्री से प्रभावित करने के लिए अभिमत है। मैं प्रश्न का विवरण में प्रत्यक्ष के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" में शामिल होऊंगा।

2) मैं (जवाबदा) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सामग्री के उत्तरों में शामिल है मुझे स्वतः सहायक का उपकरण को बनाता। इस माध्यम में "कोशिका" एवं उसके माध्यमों का निर्णय सौंप और सम्भाला होगा।

मागेदक पे हस्तक्षेप वा अंगठे न्या निताप

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) यह कि न तो कोषागार और न ही कोषागार में प्रविष्ट राशियाँ किसी और राशियों से अलग की जा सकती हैं, बल्कि वे एक ही राशि के अंग हैं, जैसे कि हमने "कोषागार फलदेयता" से विवेकपूर्वक प्रविष्ट राशियों को अलग किया है। इस प्रकार, यदि कोई राशि को अलग किया जा सकता है, तो यह राशि को अलग किया जा सकता है।

2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता ईवेंट विधाय प्रकृति की है। ऐसी भ्रम इस्तेमाल द्वारा दो गई सहायता या जिन्हे लेने लगभगप्रक्रिया का पुनरावृत्ति ऐसी एवं इस्तेमाल में योग्यता विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिये इस्तेमाल में लेने के द्वारा सुझा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इस्तेमाल की होगी और "कॉलिका" को कोई प्रतिष्ठा या निर्माणशील इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती को लिए संस्तुति

16 | 12 | 24

M.B.B.S M.S
Gold Medalist

(Name of Dr. & Recn: No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व इस्तफा ए रजि न

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद इस्पताल अभियंता अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अथैव दशमः ॥