

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या:

101224 | 1456

APPLICATION DATE: 17/12/24
आवेदन मिति:

NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम

PANCHANAN PALAI

AGE/AGE: वयस्सा/वर्ष
SEX: लिंग
79 M

FATHER'S/HUSBAND'S NAME:
पिता/पति का नाम

NIMAI PALAI

PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान वासस्थान पाठ
STAR, UCHIDAH, NORTH TWENTY FOUR
PARGANAS 743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान वास स्थान

— AS ABOVE —



OCCUPATION:
व्यवसाय

MILK SELLER

MARRIED (मिली) / UNMARRIED (अमिली)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक व्याप

₹500 × 12 = ₹6,000/-

(Attach Proof of Income)
(वार्षिक व्याप संदर्भ)

PAN No. स्टार्ट स्थान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर जाता हो (जो वाय हो उस पर सही का निश्चय लिया गया)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years) वय (वर्ष) | Gender लिंग | Relationship with Applicant आवेदक के साथ अन्वय |
|------------------------|---|--------------------------|----------------|---|
| 1. | PANCHANAN PALAI | 79 | M | WIFE |
| 2. | SARATHI PALAI | 36 | F | SON |
| 3. | BUDHESWAR PALAI | 36 | M | DAUGHTER |
| 4. | ASTHAMI SARDAR | 73 | F | DAUGHTER |
| 5. | SABITA PALAI | 38 | F | DAUGHTER |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये नियमित व्यवहा

| BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल के लिए प्रधान व्याप (व्याप पर को प्राप्ति संतुलन करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) व्याप वाय करने वाला व्याप (व्याप पर को व्याप वाय संतुलन करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (व्याप पर को व्याप वाय संतुलन करें) | Any Other Basis/Proof व्याप को साझा |
|--|--|---|---|
| | | | |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु लिये गये नियमी का उद्देश्य:

| Sc. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अन्वयालोकन से ज्ञात यों यों अधिकार गुणी संतुलन | |
|------------------------|--|-----------------|
| 1. | DIAGNOSIS | CATARACT — RE |
| 2. | SURGERY | RE (SICK + IOL) |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु नोई अन्य सहायता नियमी व्यव ओत के लिया जाता है?

| Sc. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जीव व्यव ओत का राशि |
|------------------------|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: કાર્યક્રમ પૂર્ણ બોલાયા માત્ર

- 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 Noshika 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 योग्यता करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण योग्यता के अनुसार सच्च एवं राही हैं। जो भी दूसरे विवरण ऐसे कामन असम्भव पाया जाता है तो उन्हें सहमति मिलती ही ना राहती है।

2) मैं इस जो गदान्या की "कोशिका भवनहेल्प", से रही ना रहती है, उसका वर्षांप्रति जल्दी डेटेस में पूर्ण की दिये जिए वर्षांप्रति, जो इस प्राप्ति में पाया गया है।

3) मैं पूर्ण करता हूँ कि यिस प्राप्ति के बारे में यह जानकारी नहीं है, जब उसमें नाम लिखते या उस प्राप्ति को बदलते हैं तो यह जानकारी नहीं है और यह जानकारी नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा)

- 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 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्राप्त या अपने सम्मान को लान साक्षर, मैं (अवधेदक) अपनी सहमति योग्य सुनिश्चित हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन नंदा उदाहरण नामीर्य" को अधिकृत करता हूँ कि पेट चाप, चाप, पोषण और योगित्व इस प्रकार योग्य है, क्योंकि "कोशिका" एक नाम है, जो, बहुतलाभ पूर्ण उद्देश्य से युक्ती विनियोगिता और उपचारिकाओं के लिये किसी योग्य भावामें से प्राप्तिग्रह करते हों तिरंगा अधिकृत है। मैंने इस या विवरण में दृष्टिकोण को बदलने का चाहता हूँ क्योंकि किसी तिरंगा न जानता विषयक है।

2) मैं (अवधेदक) इस नाम से सहमत हूँ कि पेट चाप, चाप, पोषण और विवरण यों कि सामग्री के उद्देश्यों से प्राप्ति है युक्त रूप सामग्री का उत्पादक योग्य कानूनी इन सम्बन्धों में "कोशिका" एक उत्कृष्ट नामिंग योग्य वाक्यांश होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अमेरिका के इस्तेवा एवं अधिकारों का विवाद



AGREEMENT by HOSPITAL (Continued on back)

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.

प्रतीक विनिरुद्ध, उत्तमांशों की ओर से यात्रा करने वाले "वैज्ञानिक प्रबलों" के लिए उत्तम होना देखा जाता है।

- 1) यह कि ये योग्यता नहीं न ही योग्यता परिवर्तन कर सकती है। यह अब योग्यता का बदलाव कर सकता है।

2. "कोरिका पारन्टेन्स" से दो पर्याप्त फैलत विशेष प्रकृति भी हैं जोने पर इसका लगाये गए पर्याप्त विशेष नहीं अवश्यक जब तुम्हारे ही हर इसका को बोध कर सकते हैं और "कोरिका पारन्टेन्स" द्वारा कियी उत्तर का कोई रूपन नहीं है। इसके इसका में कोतों के लकड़े सुखा और जले जाने की सही विवेदिती देखी हर इसका भी होती है और "कोरिका" की घटी विविधता या विवेदिती इस ग्रामपाले में चढ़ते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृतो चे हिए संस्कृति

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Date of Surgery जारीरतान की तिथि | Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.B.B.S Gold Medalist (Name of Dr. S. Das - M.B.B.S with Stamp) दास शबाशी का नाम व हस्ताक्षर ये संग्रह | OPTIONAL Signature (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKALP नाम व छात्र हस्ताक्षर-परिचयनाम परिवहन |
|-------------------------------------|---|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कन्हीक ट्रस्टे ले

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नवाज़ अली

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Sofia

Eric