

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

 Koshika
foundation
Building Block of Life.

APPLICATION No.: 1K 1224 1462
अप्लाइकेशन नंबर :

APPLICATION DATE: 19 12 24
आवेदन तिथी

NAME of APPLICANT : RINA SARDAR

66-YEARS वर्ष-साल 66 वर्ष

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE CHANDRA SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पाल
DHEKNAMARI, SANDESHKHALI-1, NORTH
24 PARGANAS 743342, WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति स्थायी पाल



— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOME MAKER

MANAGER (DRAFT) / ANTONY WOOD (DIRECTOR)

TOTAL ANNUAL INCOME:

$$4000 \times 12 = 48,000$$

(Attach Proof of Income)
(अपने आप की संकेत)

PRN No. ३४८ आम गंडा

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable)
अगर आप अपने कर दाता हैं (जो भव्य से उस पर सही कानूनिक विवर देते हैं)

卷八

FAMILY DETAILS यांच्या जिवऱ्या

BASIS FOR REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

SPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Bank/Proof
नवीनी रेता के नीदे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थाप दृष्टि संतुलन करें)	जात्यक वक्तव्य पत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थाप दृष्टि संतुलन करें)	जात्यक वक्तव्य पत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थाप दृष्टि संतुलन करें)	संघ कोर्ट साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहाया कर सकते हैं वित्ती जू गवेनर-

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वास्तविकता रोगी को गई चौथेल सुखी राहण
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

St. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED दर्ता गई सहायता कीमत

DECLARATION by APPLICANT: નામેનું જીવ કોર્પુસ પરિઃ

- 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.
 - I solemnly confirm that assistance, if received from Kosisha Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 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 सहमत करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण यदि ज्ञानकीय पैकेज समाप्त समय तक ही हैं तो उनके लियाहां एवं काम अपार्टमेंट प्राप्त जाता है तो ये सहमत निलंबन की जा सकती है।

2) मैं इस सहमती की "संतुष्टि प्राप्त करें", से भी बचता हूँ, अक्षय अपार्टमेंट डीलिंग की गृहीत के दिन दिया जाएगा, ये इस प्रकाश में चिह्नित है।

3) मैं पुरुष करता हूँ कि दिया सहमता देने का प्राप्तवाया योग्य है, जब उसके काम संतुष्टि के लकड़त दिया निलंबन अपार्टमेंट देना योग्य है और वह भवित्व में होता है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन द्वारा सहमति)

- 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 agrees 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 प्रति पर अपने सम्मान का अंदरे की तरफ सम्मान, मे (वाकेवक) याकौ सम्मान की पूरी कला हूँ स्वयं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नालगेहों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पास, बोटे और जो विषय इस प्रति मे दीखता है, उसे "कोशिका" एवं नामों, को, याकौ प्राप्ति दूसरे रक्तदाय जो जुहो "कोशिकियों" और उत्तमियों के लिये लिहो गो प्राप्त चार्यम् से प्राप्ति चारने के लिए उत्तमता है। मेरो प्रथम का विषय मेरो शुद्ध को गहने का गद ने बढ़ावे के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न न्यस्त अविहृत है।

2) मे (वाकेवक) इस कार से सम्मान हूँ कि मेरा नाम, पास, बोटे वाले विषय जो कि सामाजिक के अन्तर्गत से छापिये हैं पुरुष सब: सामाजिक का सम्बन्ध जीव कला इस चार्यम् मे "कोशिका" एवं उसके नालगेहों का विविध व्यक्तियों और व्यक्तियों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



AGREEMENT by HOSPITAL (संकेत संग्रह कार्य)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kishore 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 X'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.

उनकी अवधारणा, उनकी जीवनी के संबंध में जानकारी प्राप्त को "अधिकार वर्गवादी" के लिए उनका ऐसा भौतिकीय की जाती है। यहाँ तक (परमाणु) इन प्रकार से बहुत यह समीकार करते हैं।

- 1) यह कि व ही नीमित नौर न ही परिषद में निर्वाचन संसाधना किए गए याकृष्ण श्रीनगर वा नियोजित अवृत्त से लक्ष्मण सेहीयास्तों में से उन दो दो हैं, जिन्होंने "नोर्डिक पारालोगन" से विपरीततालीकृत रूप से सम्प्रभु ने "नोर्डिक पारालोगन" द्वारा ग्रहण किए हैं और "बोर्डिक पारालोगन" द्वारा साधारण नियोजित योनीलक्षणस्थान हैं। परन्तु यही किंवदं यहाँ है तो अधिकतम किए गए ग्रहणात्मक संघर्ष वा नियोजित व्यवस्था के लक्ष्मण से सम्पर्क के बावजूद यहाँ भूमिका खड़ा है। इस पूर्वी में इस व्यापार का लक्ष्मण सेहीयास्तों तेजु नियोजित याकृष्ण श्रीनगर वा नियोजित अवृत्त से लक्ष्मण है।
 - 2) "बोर्डिक पारालोगन" वो ही वृद्धि सम्प्रभु को देते हैं जो इस व्यापार का उपकारिताकाल का उपकार तो है। इसलिए इन्हाँने नियोजित व्यवस्था के लक्ष्मण सुझाया और व्यवायारों की वार्ता भी "बोर्डिक" भी संबंधित वा नियोजिती द्वारा योग्यता में भूमि होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसदि

Date of Surgery
अंगोरण की तिथि
19/12/24

Dr. Shibashis Das
M.B.B.S M.S
Gold Medallist
(Name of Dr. K. Bhattacharya Stamp)
কলকাতা নগর বৃক্ষসংরক্ষণ কর্মসূচি

**Name, Designation & Stamp of Authorised Person
on behalf of Hospital**

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION काशीका फाउंडेशन

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नारायण शर्मा]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ट्रस्टी 2

Sergej

Scrub