

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रमाणप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवागाल)



APPLICATION No. : 1K 1224 1482

APPLICATION DATE: 26/12/24

NAME of APPLICANT : SAMBHUVI DAS
সাম্বুভু দাস

| | |
|-----------|-----|
| AGE-YEARS | SEX |
| 57 | M |

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAJAN DAS
पिता/स्त्री का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासिता अवस्था संख्या

93 SRI PALLY DP NAGAR KAMARHATI BELGHORIA
NORTH 24 PARGANAS 700056
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: संगमनेर च

Digitized by srujanika@gmail.com

AS ABOVE

OCCUPATION:

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:

$$5000 \times 12 = 60000$$

(Attached Proof of Income)
(अपने आवेदन के साथ)

PAM No. २०१६ अप्रैल संस्करण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE? (Tick whichever is applicable):

Year 10

FAMILY BETTER

| Sl. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम | FAMILY DETAILS परिवार विवरण | | Relation with Applicant आवेदक के सम्बन्ध |
|------------------------|---|-----------------------------|----------------|---|
| | | Age (Years) वय (वर्ष) | Gender लिंग | |
| 1. | SAMBHU DAS | 53 | M | SERF |
| 2. | RINKU DAS | 45 | F | WIFE |
| 3. | RINKI DAS | 24 | F | DAUGHTER |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

| SBI Card (Attach Card Copy) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | Ration Card (Attach Copy) | Any Other Basis/Proof |
|--|--|--|--------------------------|
| गर्भावासी रेता के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र परों साथ प्रति संलग्न करें) | वक्तव्य जन्म वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की दस्ता लिये संलग्न करें) | राशन कार्ड उपभोक्ता वर्ग (प्रमाण पत्र की दस्ता लिये संलग्न करें) | अन्य कोई सामग्री |

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 32, No. 4, December 2007
DOI 10.1215/03616878-32-4 © 2007 by The University of Chicago

अन्यान्य विषयों के बारे में जानकारी देते हैं।

St. No.
चौम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल केंद्र से चाहे कोई प्रतिक्रिया नहीं संभव

DIAGNOSIS — CATARACT — LE

Q. SURGERY — LE — (STCST JOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

DECLARATION by APPLICANT: नवायेका द्वारा चोयमा चा-

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 चोक्का काला हूँ इस प्राण्य में दिये जाने वाली विधियाँ भी असारा साथ हैं ताकि हमें यह कठिन बोलाने परामर्श नहीं है।
 - 2) ये द्वारा वो महापाल जैसे "कोरिका कालन्दरन", से भी आ जाती है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की खुट्टी के लिये दिया जाता है, जो इस प्राण्य में आ गया है।
 - 3) मैं फुट करता हूँ जिस स्थानवाले हूँ वह प्राणी को गई है, जब तीसी जल बोलकर यह समझ दिला जाने सोचिएकालद्युषित बाली है वह दौरे दौरे गीण में लैया

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणाता 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/publicly/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.

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

- 1) इस उत्तर पर अचले दास्तावच का जोड़ते थे वह राष्ट्रपति, ने (लायेक) अपने संसदीय को मुट्ठी करता है ऐसे "कोरिंगा पार्लिमेंट नीर बहाए न्यायीयों" को अधिकृत करता है कि पेटा चाह, पाता, चोटी और वो विवाह इस प्रकार ने खोली रखे हैं, तभी "कोरिंगा" इस न्यायी, चाह, चापकाप द्वारा उत्तराधिकार तो उचित गविनियों के लिये छिसो थी प्रशंसन गायबने से प्रतिकृत करने के लिए गोपनीय है। ये प्रशंसन वह विवाह में दृष्टिकोण को बढ़ाते वह भार ये करने के लिए, "कोरिंगा पार्लिमेंट" द ज्ञाने नीमूल्या है।
 - 2) गे (लायेक) इस कात में सहजत है कि पेटा चाह, पाता, चोटी और विवाह वो कि गायबक के अद्यतयों से प्रतिकृत है मुझे लातः गायबक वह गङ्गाधर नहो न्यायी। इस सम्बन्ध में "कोरिंगा" इस उपके नामिलो ग्रन्ड निर्मित गोपन वैदि गायबने होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਗੁਰਿਆ ਜਾ ਸ਼ੰਖੇ ਥਾ ਤਿਵਾਹ

2015.5.1

AGREEMENT by HOSPITAL (see page 200)

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 circumstances of the disease. We confirm that it is not under influence by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will

patient, to attend to the arrangements involved the patient at the hospital, and to be fully informed by Koshika Foundation. Further, the patient 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.

- इनमें विविधता, उत्तमता यीं खो से याकौरीरेही को "वॉलेट्स पालट्टेसन" से विविध रकमाना हेतु बिल्डिंग की चाही है, जिसे हम (स्पाइक) निम्न अकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

 - 1.) यह कि न यीं वासित नहीं न ही वासित में विविध रकमाना बिल्डिंग की चाही संख्या वा जिसे ज्ञान रक्षण से उत्तम रैटिंग्समात्रे में दीजी जा से रहते हैं, जैसे कि इनमें "वॉलेट्स पालट्टेसन" से विविधताविहीन रकम दो सहमत ने "वॉलेट्स पालट्टेसन" द्वारा प्रदर्श देते हैं, यहाँ "वॉलेट्स पालट्टेसन" द्वारा सहमत रिस्की वॉलेट्सरक्षण देते प्रमुख भूमि जिसके पास है तो अस्थान जिसके अन्य दो गतिशील संघर्ष वा जिसी बन्द रकम रकमाना से सहमत दोते कि अपिक्क रुपीक्क रकम है इस पृष्ठे में सब कुछ यह है कि यामाना द्वितीय गदर उत्तम ऐडीपार्क्स हेतु बिल्डिंग वाकाएँ संख्या वा जिसी बन्द रकम हो जी संख्याएँ।
 - 2.) "वॉलेट्स पालट्टेसन" से ली चुक्की रकमाना दोते विविध प्रकृति की है। ऐसो पर उत्तमता द्वारा दी गई रकम वा जिसे परे उपचारप्रक्रिया वा चुक्का देती एवं हस्ताक्षर के बीच जा दिया है और "वॉलेट्स पालट्टेसन" द्वारा बिल्डिंग का नईत रकम नहीं है। इसके इनकाल में दोनों ने इनमें सूक्ष्म वा अन्य चाही जारी विविधताएँ दी एवं उत्तम रकमाना नहीं दी जाती और "वॉलेट्स" को नईत अपिक्क वा विविधताएँ इन रकमानों में भी दी जाती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि
२०/१२/२५

Dr. Subashis Das
M.B.B.S M.S
Gold Medallist
(Name of Dr. S. Das with Stamp)

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIBA FOUNDATION

संस्कृत वाचन सेवा

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी ट्रस्टी १

Safaryj

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Page 4000000

04-03-2024