

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1224/1555

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

27/12/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MANORANJAN SARDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तुष का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान का पता

KHARJAY KASTIPARA KHARJATABAD  
NORTH 24 PARGANAS 743442  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवासस्थान का पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

SMALL SHOP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. सर्वोच्च खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य से उभर पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sl. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | MANORANJAN SARDAR                                 | 64                         | M              | SELF                                            |
| 2                      | WASANTI SARDAR                                    | 52                         | F              | WIFE                                            |
| 3                      | SOURAV SARDAR                                     | 20                         | M              | SON                                             |
| 4                      | CHOURAV SARDAR                                    | 26                         | M              | SON                                             |
| 5                      | SHRUTI A. SARDAR                                  | 23                         | F              | DAUGHTER                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>भारतीय रेश के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्न का उद्देश्य:

| Sl. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आपत्तास्थिति से चर्चा की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | DIAGNOSIS - CATARACT - LE                                                                   |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        | SURGERY - LE - (SICS F.I.O.I)                                                               |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sl. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ही गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

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.

[illegible]

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.

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मोहरे को जग लगाकर, मैं (माधेन्द्र) अपनी छाया की पुष्टि करता हूँ कि "कौटिल्य काव्यदर्शन और उसके भाष्य" का अतिरिक्त नाम है कि मेरा नाम, राज, कोटों और जो विवरण इस प्रश्न में पेश है, उसे "कौटिल्य" यद्यपि ज्ञाता, राज, वाचस्पत्य इत्यादि ग्रन्थों में कुछी सीमाबद्ध और उल्लिखित के बिना किसी भी प्रकार सामान्य से प्रमाणित करने के लिए अतिरिक्त है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे ज्ञान के बाते का नाम है करने के लिए "कौटिल्य काव्यदर्शन" में ज्ञाता अतिरिक्त है।

2) मैं (अपदेशक) इस बात से सन्नत हूँ कि मेरा उद्यम, प्रेम, कोशिश और विवरण यह कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेरित है मुझे कृतः सहायता का हक्क नहीं बनाता इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके नास्तियों का निर्णय अंतिम और सध्यात्मक होगा।

आयुर्वेदक से रसायनरु च अंगुठे च निम्नान्



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 it'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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिपति, उद्योगपति की ओर से भारतीयों को "कोशिका प्रत्यक्षेण" से विविध सहायता हेतु विनियमित की जाती है, जिसे हम (रुग्णता) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि व वो माँवाव और व हो पापिय मे जिहिय सज्जवा किलो मे सलारी संवाव या किली अन्य सलारी से उत कहीचाली मे लोव या लो हो, सेमे मे दाने "संविदा पावदेलन" से विपरीत/विपरीत उत से उद्व मे "कोविदा पावदेलन" उत मरु लु मे हो मे "कोविदा पावदेलन" उत सलारी मिनी उतिवकल लु मरु लो किम सलारी से उत अमलन किलो अन्य मे सलारी संवाव या किली अन्य सलारी से सलारी लो का कहीच जलिल सलारी हो मरु लो मे मरु लो सलारी से हो अमलन किलो मरु लो कहीचाली लु किली मे सलारी संवाव या किली अन्य उद्व से लो लो/लो।

2. "बोसिया फाउन्डेशन" को दो वर्ष सम्पन्न काल विविध प्रकृति को हो। जेरो वा सम्पन्न प्राप्त दो वर्ष प्राप्त वा जिते सब उपकारप्रतिष्ठान वा जुमान सँगै सब सम्पन्न जे बीच वा विपणन हो। "बोसिया फाउन्डेशन" प्राप्त काल प्रकृत वा कोर्न दस्ता खो हो। इसलिये सम्पन्न में सेरो क सम्पन्न मुद्रा और सब को को सब विविधसँगै सेरो सब सम्पन्न सब होरो और "बोसिया" को कोर्न भुविता वा विविधसँगै प्राप्त सब में सब होरो।

स्त्रीकृषी के लिए संसृति

स्वीकृती  
Dr. Shibashis Das

M.B.B.S M.S.  
Gold Medalist  
Reg no. 7102

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

द्विपक्ष का नाम व हस्ताक्षर व रक्ति न

~~OPTIMA 12997 DAS~~

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

नाम व पद सम्पत्तल अधिकार जमिन्दारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      कक्षाईक ठपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्याय प्रकाश २

Enfermedad

Left