

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता फैलू आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: M/0123/0648

APPLICATION DATE: 02.01.2023

**Koshika**  
Foundation  
Building block of life

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

MANURA GAZI

AGE-YEARS: वय-वर्ष  
62

SEX: लिंग  
F

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

KASHEM GAZI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बसंत नालामीय पटा

BAROTUSHKHALLI TUSHKHALI, NORTH 24 PARGANAS,  
743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान बसंत नालामीय पटा

— AS ABOVE —

OCCUPATION:  
पेशी

HOUSE WIFE

MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

मुक्त आर्थिक ज्ञान

NIL

(Attach Proof of Income)  
(ज्ञान का साथ मेंलान)

PAN No. स्थान कार्ड संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
ज्ञान ज्ञान का यात्रा है (जो मान्य हो इस या यहाँ का नियम होता है):

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MANURA GAZI	62	F	SELF
2.	KASHEM GAZI	60	M	HUSBAND
3.	RAHIM GAZI	30	M	SON
4.	SAMSUR GAZI	22	M	SON
5.	RILU GAZI	20	F	DAUGHTER
6.	RILU GAZI	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता को दिये जिनकी ज्ञान

BPL Card (Attach Card/Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गटिक राज का नीचे उम्मीद ज्ञान (ज्ञान एवं को साक्ष प्राप्ति संसाधन की)	अस्पताल चिकित्सा का नीचे उम्मीद ज्ञान (ज्ञान एवं को साक्ष प्राप्ति संसाधन की)	उपभोक्ता का नीचे उम्मीद ज्ञान (ज्ञान एवं को साक्ष प्राप्ति संसाधन की)	

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये जिनकी का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/चिकित्सा से ज्ञान को गई प्रतिक्रिया मुख्य संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (CICATRAL) SURGERY - RE (CICATRAL)

C.M.Z.B.M.  
संस्कृत भाषा बोध  
संस्कृत भाषा बोध

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME \*PURPOSE\* from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिया गया सहायता की मात्रा

**DECLARATION by APPLICANT:** अर्पणक द्वारा घोषित करते हैं-

- 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 Koshika 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 खोला करता हूँ कि इस प्रकार मेरे दिवाली मेरी जनकारी के अनुसार सच यह नहीं है। जो कोई विवरण पर्याप्त काफी जटिल है तो मेरी सहायता निरल भी या जल्दी है।

2) मेरे द्वारा यो सहायता पर्याप्त "काउंसिलिंग काउन्सलेशन", से लौ जा रही है, उसका उपयोग कभी हार्डशेड को पूर्ण तक लिये जाना चाहिए, जो इस प्रकार में भाग नहीं।

3) मैं पूरी करता हूँ कि यह सहायता है, यह प्राप्ति को नहीं है, उस गति वा अवधिक या सकल उपयोग किसी तरफ घोषित नहीं किया जाना में न हो सकता है और यह अधिकार में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (initials, name)

- 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 fulfilment 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 रूप पर अपने इमारत का नाम लगाकर, मैं (अधिकारी) अपनी जाहाजी की सुध-करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मैंने नाम, नाम, पात्रों और जीवियों को विवरण इस प्रकार में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं नामीय, नाम, वाचकाया द्वारा उद्देश्य से मुद्री गरिमिलिंग और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार साधन से उपलब्ध कराने के लिये अधिकृत है। मैं इसका यावतीय भी लाता हूँ कि मैंने यह बात करने के लिये, "कोशिका फाउंडेशन" व नामीयों अधिकृत है।

2) मैं (अधिकारी) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने नाम, नाम, पात्रों और विवरण की कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है सुध-करना; सहायता का लाभदाता नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" नाम उपर लाभीयों का विवरण दर्शाता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT-THUMB IMPRESSION

अस्त्रांग विद्या का विषय



AGREEMENT BY HOSPITAL (check all boxes)

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 the sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this regard.

गुरु अद्वैत दर्शनमें की जीव से जड़तात्त्व को "जीवित जड़तात्त्व" ये लिखा गया है जो विवेकीयी जीवी है। जीव एवं जड़तात्त्व दोनों एक ही वस्तु हैं।

- १) यह कि न तो वर्तमान और न ही भवितव्य में विद्यिय सहायता किसी गैर संसारी। संसार या विद्यिय अन्य लोकों ने उनके लिए यह नहीं है, जैसे कि हमने "कांडिका काटन्डेशन" में सिफारिश किया है। इसके समय में "कांडिका काटन्डेशन" हाँ। मरद हेतु कि है। ऐसि कि "कांडिका प्राविदेशन" हाँ। सहायता दिनकी आवश्यकता हाँ। मनुष्य नहीं किया जाता है ये स्वस्त्रता कियो अपने गैर संसारी संस्था या किसी जल्द स्वास्थ्य वे सहायता हेतु को अधिकतर सुनिश्चित रखता है। इस बीच में उचित कहा जाता है कि उसस्त्रता द्वितीय मरद उड़ान हेतु साथले हेतु कियो। तो संसारी संस्था या किसी अन्य स्वास्थ्य में नहीं लेंगी।

२) "कांडिका प्राविदेशन" से तो नई सहायता क्रेतार विद्यिय इकूल की है। ऐसी प्राविदेशन द्वारा दी जानवरों सा किये गए उंचाई/प्रोतीका का बुनेव रोगों एवं हायपोलिं के चोरों का विषय है और "कांडिका काटन्डेशन" हाँ। किसी प्रकार का कोई रवाना नहीं है। इसलिए हायपोलिं में ऐसी की इकाव, सुधार और जनन की सही विमोचनी रोगों पर इसस्त्रता की दोनों ओर "विनियोग" की दोनों ओरों पर विप्रवाही इस समय में दोनों होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंगीकृत की तारीख	<b>Dr. Shibashis Das</b>	<b>SHIBASHIS DAS</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Denial of Hospital) नाम, पद व अधिकृत अंगीकृत का स्टेम्प
02/01/23	M.B.B.S.M.S (Name of the Physician with Stamp) Registration No. 718356, 3 घर. 3	

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

~~SANICESTA PIOTR FINEK~~

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

न्यायी राजाचा ।

*Sparagl*

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

लक्ष्मी राजाम् २

*1* *2* *3*