

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्यक देखभाल)

APPLICATION NO.: M/1222/0579

APPLICATION DATE: 18/12/2022

Koshika
Foundation
Building block of life

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

BALAI DAS

AGE-YEARS वय-वर्ष SEX लिंग

62

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/चाकुम जा. नाम

MONIMOHAN DAS.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता
VIVEKANANDA ROAD, PANCHATTI, NORTH 24
PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION:
अवलम्बन

UNEMPLOYED

MARRIED (मिहिल) / UNMARRIED (जीविताल)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का मालामाल करें)

PAN No.: ग्राहक संख्या संस्कृत

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
ज्ञाय इनके अनुसार कर देता है (जो आम तौर पर भर्ती का नियमन लगाता है):

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

| Sl. No. ब्राह्म संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years) उम्र (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|---------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1. | BALAI DAS | 62 | M | SELF |
| 2. | MONIMOHAN DAS | 52 | F | WIFE DAUGHTER |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरित अधिकार

| BPL Card (Attach Card/Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्राप्त करता है) | EWS Certificate (Attach Certificate/Copy) अल्प वर्ष वाले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतान का) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतान का) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य |
|--|---|---|---|
|--|---|---|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

| Sl. No. ब्राह्म संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached ज्ञायात्रा/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संतान | |
|---------------------------|--|--|
| 1. | DIAGNOSIS - CATARACT - LE | |
| 2. | SURGERY - LE (SICS + IOL) | |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हाल काहि अन्य सहायता दिलाई जाए अथवा संतान से लिया गया है?

| Sl. No. ब्राह्म संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य संतान का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता रसीद |
|---------------------------|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: भवानीका द्वारा घोषणा करें।

- 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.
- 4) मैं योग्य काल हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गए सबै क्रियाएँ जानकारी के अनुसार सभी अवधि पूर्ण रही हैं। यदि कोई क्रिया एवं क्रमन अलावा पाया जाता है, तो मेरी सहायता निरल की जा सकती है।
- 5) मैं द्वारा जो सहायता दीर्घ "कोशिका फाउंडेशन", में सी जा रही है, उसका उपयोग उसे उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भग्न नहीं है।
- 6) मैं पूर्ण काल हूँ कि क्रिया सहायता हूँ तथा प्राप्ति को गई है, उस परि का ज्ञानका या जानका हिस्सा किसी अन्य घोषणाक्रम/चीज़ का फायदा से न तो सिध्द है और प ही भविष्य में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT: (अवेदक द्वारा कराया)

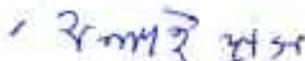
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 प्राप्ति पर अपने हाथधरे या अंडे की प्राप्त सहायता, या (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ण काल हूँ तब "कोशिका फाउंडेशन और उनके ज्ञानीयों" को अधिकृत काल हूँ कि योग्य काल, जात, आदि और या क्रियाएँ इस प्राप्ति में वर्णित हैं, ताकि "कोशिका" उद्देश्य, न्याय, दान, यातनाका द्वारा क्रृदेश से योग्य ज्ञानीयों और उपलब्धियों के द्वारा किसी भी प्रकार अधिक्षय में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। योग्य काल की क्रियाएँ या जात में वर्णन के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या जानकी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस काल से सहायता हूँ कि मेरा जात, जात, आदि और क्रियाएँ कि सहायता के उद्देश्य से वर्णित हैं मुझे सहज; सहायता का हाफरान नहीं करना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपर्युक्त ज्ञानीय जीवित और व्यापकारी होंगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक द्वारा उपलब्ध का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हमालत द्वारा कराया)

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.

इसी अधिकृत हमालत की जाति में योग्यताएँ को "कोशिका फाउंडेशन" से विभिन्न सहायता हूँ तथा क्रियाएँ जो जाती हैं, यिहो ज्ञान (हास्पित) जिस प्रकार से जन्म व जीविता करते हैं।

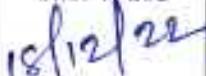
- 1) यह कि न हो जायजां जीवन में विभिन्न सहायता किसी गौर जानकारी संसाधन में किसी अन्य लाभ से उत्तम साधी-सम्पत्ति में लाने या ले रहे हैं, यैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विभिन्न जिसी उत्तम की सम्पत्ति में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विभिन्न ज्ञानीय/काल हैं उन्हें नहीं किया जाता है तो असली किसी उत्तम गौर जानकारी संसाधन या किसी अन्य संसाधन से सहायता लेने का अधिकारा नुरित्त रखता है। इस पूर्ण में सहायता कहा जाता है कि असली ज्ञानीय वर्णन उत्तम साधी-सम्पत्ति हैं ताकि किसी जीवनकी संस्कृति या किसी अन्य स्थिरण में नहीं होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता खेलत वित्त प्रदाता को है। यांगी या हास्पित द्वारा यी गई सहायता का विवर गौर उपरांटक्रिया का चुनव यांगी एवं हास्पित की ओर से है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई वरदान नहीं है। इसलिये हमालत में योग्य की इनायत सुखा और अनेक जीव जीवनीय एवं योग्य हास्पित की होती है और "कोशिका" को कोई घृतिका या विस्मयकी हास्पित में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृतों के लिए संस्कृति

Date of Surgery

अंगीकार की तिथि


18/12/22**Dr. Shobha Das**

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

राजस्थान विधायिका विधायिका नं.

Registration No. 1000

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

OPTIONAL AUTHORISATION(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
or Counter-Stamp of Hospital)

SANKARANARAYAN

कोशिका फाउंडेशन की ओर से अधिकारी

अनावक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यायी हस्ताक्षर 2

