

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0125/1658

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

16/1/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BISHNU PADA PAHARI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

62

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 PATULI PANCHASAYAR
 KOLKATA 900004
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

FRUIT SELLER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

4000 X 12 = 48000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	BISHNU PADA PAHARI	62	M	SELF
2.	MINATI PAHARI	57	F	WIFE
3.	UJJAL PAHARI	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पोस्टर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

- 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/post-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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, याचन/या दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज को पूरने या बच में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान

Bismillah Pada Pahari

recommends this software for financial

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.

17. यह कि - ता. अधिनियम और न ही अधिनियम में उल्लिखित महापौर किसी भी सरकारी सम्पत्ति या किसी अन्य स्थल से उक्त ऐंजो/घामले में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में निम्नलिखित/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्पत्ति में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापौर किसी आशिक/सकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो आयुक्तल किसी अन्य भी सरकारी सम्पत्ति या किसी अन्य सम्पत्ति से महापौर लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अधिनियम द्वितीय मदर उक्त ऐंजो/घामले हेतु किसी भी सरकारी सम्पत्ति या किसी अन्य सम्पत्ति से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गई सहायता केवल चिकित्सा प्रकृति की है। ऐसी या हस्तगत द्वारा सी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्तगत डॉ. शीष का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में ऐसी डॉ. इलान मुराश और आने वाले डॉ. सरी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

2.5 स्वयंकीर्ती के लिए संस्कृति

अभियोग के माहौल

16/01/25

Director
M.B.S., M.S. (Gold Medalist)
Reg. No. 71035 WAMC

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

डाक्टर का नाम डॉ. सुभाष चंद्र शर्मा

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

जय हिन्द जय रामदास अभिराम अभिराम

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोजन हेतु

न्यासी हस्तपत्र ।

आमो वल्लभ :

Exempel

Rich