

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0226/2331		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 05.02.2026			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : BASARI PAIK		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 73	SEX लिंग : M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम : DHIMAN PAIK					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता ATPARA, MOHISHAMUKI, SOUTH 24 PARGANAS - 743332, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय : TOTO DRIVER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ / ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 2000 X 12 = 24,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. डायरी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) Yes / No 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 से संबंध	
1.	BASARI PAIK	73	M	SELF	
2.	JYDEIS PAIK	58	M	SON	
3.	ANITA PAIK	33	F	DAUGHTER	
4.	RITA PAIK	27	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को नीचे डायग्न पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आरक्षण आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (RE)				
2.	SURGERY (RE) - IOL + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशि			

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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में सिर्फ तब तक विचार पूरी जानकारी से अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विचार, एवं कर्म अत्यन्त प्रायः सत्य है तो मेरी राहगस्त निश्चय की जा सकती है।

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 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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या मोंटे की छाप लगाकर, मैं (आमंत्रक) अपने साथियों को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉमिक्स कार्टूनरों और उनके नर्सों" को अधिष्ठाता करता हूँ कि मेरा नाम, पता, मोबाई नंबर, ईमेल आदि विवरण इस प्रश्न में शामिल है, इसे "कॉमिक्स" समूह नर्सों, गुरु, कथनकार, गुरु, हर्षनम या किसी भी व्यक्ति/व्यक्तियों को सौंपने के लिए किसी भी प्रकार प्रयत्न करने से इनकार करने के लिए अधिष्ठाता है। मैं इसका विवरण को हस्ताक्षर करने या मुद्रा देने करने के लिए "कॉमिक्स कार्टूनरों" व नर्सों को प्रेरित है।

- 2) मैं (आवेष्टक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं या मैं, मेरी/मेरी संस्था को कि संप्रदाय को उद्देश्यों से प्रेरित है मुझे प्रत्येक संप्रदाय का समर्थन नहीं करता। इस अवधि में "संस्था" प्रत्येक उद्देश्य को प्रेरित करता है और अवधारणा प्रेरित

अभियेष्टः प्रे. इत्यादि या वांस्ते सा निवस



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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 अधिकार, हमदर्दी को ओर से मजबूत/पोषण को "फोरोसिथा फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता से निपटारिता की जाती है, जिसे हम (हमसाहल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो पौराणिक और न ही भविष्य में विहित राजाणा किसी भी साम्राज्य संस्था या किसी कार्य को से उक्त ऐंगो-भाषों में लेने या ले रहे है, जैसे कि इनमें "कोसिका भाषा-संस्था" से सिनामिना/विनिहो उक्त के सम्बंध में "कोसिका भाषा-संस्था" द्वारा स्वर हेतु कि है। यदि "कोसिका भाषा-संस्था" द्वारा राजाणा विनिहो साक्षात्/सकल हेतु मान्य नहीं किया जात है तो अस्पष्टता किसी अन्य या साम्राज्य संस्था या किसी अन्य संस्था से स्थापित लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पष्टता द्वितीय मरद उक्त ऐंगो-भाषों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं स्थापनी।

2. "कोशिका फायवेलेशन" से तो यह कहा गया होगा कि जीवित प्रणाली को है। ऐसी पर इसका मतलब हुआ कि यह मतलब था किमे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इसका मतलब के बीच का विषय है और "कोशिका फायवेलेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए इसका मतलब में ऐसी को इसका सुरक्षा और अन्य चीजों को साथी विमर्शों ऐसी एवं इसका मतलब की होती और "कोशिका" की कार्य क्षमता या विमर्शों इस प्रकार में जारी होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05.02.2026	 Dr. Shikhar Das Director (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) राजस्थान का नाम व इलाका में रहने के	 Optom Avijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञानाधिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	