

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : K/0325/2023 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 03/03/25 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : AJIJUL ISLAM GAZI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 65	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HANIF GAJI पिता/पत्न्य का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता BASIRHAT TRIMOHINI, PASCHIM PARA NORTH 24 PGNS, 743412, WEST BANGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता - AS ABOVE -					
OCCUPATION : FARMER व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 5000 X 12 = 60,000/- कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)		
PAN No. : [Blank] आयदाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
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 के साथ सम्बंध	
1.	AJIJUL ISLAM	65	M	SELF	
2.	MAJIDUR RAHMAN	60	F	SISTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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 प्रमाण					
"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 - LE				
②	SURGERY - LE - (SICS + TOR)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशी	

2.3

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 चिन्ने गये सभी विचारों में से जिनका कोई भी अन्तर्गत नहीं है। यदि कोई विचार एवं कथन असत्य पाया जाता है तो उसे ग्राह्यता प्राप्त की जा सकती है।

2) ये प्रश्न जो महात्मा रवि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस समय में था।

3. मैं प्रति कदा है कि जिस महापुरुष हरे वह प्रजापति की गर्भ है, इस पृथिवी का अधिपति या समस्त हिन्दु धर्म के प्रोत्थितोत्थान की कल्पना से न तो रिक्त है और न ही पृथिवी में ही।

AGREEMENT by APPLICANT (အခြားသူက အတည်ပြု)

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.

21. 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 ओरों की छाप लगाकर, वी (अक्षर) अपनी सहमति की पुष्टि करते हैं एन "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यासेयों" को अभिप्रेत करता है कि वेग नाम, पता, फ़ोन और को विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एखन न्यासी, धन, मायन/य इससे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिपि बिक्री भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अभिप्रेत है। तो प्रश्न का विवरण की प्रकृति के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यासी अभिप्रेत है।

2) मैं (अवलोक) इस बात से प्रभावित हूँ कि योना नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापता के वर्द्धन से प्राप्त है मुझे स्थल: महापता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कॉलिंग" एवम उसमें व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

जावेदम में हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (H4420000 010 0000)

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 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, हमलक्ष्य की ओर से सम्मले-राणी को "कोमिका पादमंथन" से विविध सहायक हस्त मिलाना भी पड़ी है, जिसे हम (हममूल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही भविष्य में विहित महापक्ष किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्त को उच्चतम ऐंग्रेजी/पासपोर्ट में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/निर्गत उस के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापक्ष किसी अधिक/सकल हेतु पत्र नहीं किया जाता है तो अनपेक्षित किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान को महापक्ष लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अनपेक्षित विहित पत्र उस ऐंग्रेजी/पासपोर्ट हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका कायन्देशन" से तो यह संभावना संभव विहित प्रकृति की है। एंगी पर हमसताल द्वारा दी गई तालाब पर जिन पर टनबल/प्रक्रिया का प्रभाव होगा एवं हमसताल में बीच का विषय है और "कोशिका कायन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमसताल में एंगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी होगी एवं हमसताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या किसीदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

ऑपरेशन की नवीन

N.B.B.S.M.S

(Name of Dr. A. K. Singh, with Stamp)

Reg. no. 71035

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

समय में यह हमसाल अधिकतम अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

आमि हस्तगत ।

स्वामी कृष्णदास

Exchanged

Rich