

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रक्षणात)	 Building block of life...	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/035/2152	APPLICATION DATE: 9/3/25 आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: SANTI DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS वय-वर्ष: 60	SEX लिंग: F	
FATHER'S/HUSBAND'S NAME: पिता/ज्ञापक का नाम		TAGADISH DAS		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान जागरूक पता BASIRHAT, NORTH 24 PARAGANAS.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: निर्धारित जागरूक पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: बदलाव	MAID.	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	3000 x 12 = 36,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष चिल्ड्रन)		
PAN No. आई.टी.ए. नंबर				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप इस दस्ता हैं (जो मात्र हो उस पर सही कह निशान लगाएं)		Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/>		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SANTI DAS	60	F	SELF
2.	TAGADISH DAS	65	M	HUSBAND
3.	CHANDANA ROY	40	F	DAUGHTER
4.	ATAY DAS	35	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिए विवरित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोका के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द अवश्य यारी प्राप्त करें। (प्रमाण पत्र की लापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उपभोक्ता की लापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किसी नवे विनाशी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जल्दी लागान/डॉक्टर से लापी की नई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①	DIAGNOSIS - CATARACT - LF.			
②	SURGERY - LF - (STICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी रुपौ सहायता दरकी	

DECLARATION by APPLICANT: અર્થાત ગ્રહ બિલના પત્ર:

- 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 Kashika 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.

- १) मैं योग्यता कालक हूँ जिस प्रकार वे यथ गव बापा विकास भट्टा जलकर्ता के अनुसार सभी एवं सभी सदृश हैं। यथ गवां निवारण यथ कठन जलसय चमा जला है तो मैं भी सहायता-नियन्त्रण को वा समझता हूँ।
- २) ये द्वारा जो सहायता दी जा सकती है "कठिनिका पाठ्यक्रमान्", वे जी जा रही हैं, उसका उपर्योग उसी उपर्योग की पूर्ति के लिये किन्तु चाहेगा, जो इस उपर्योग में थारा गवा है।
- ३) मैं पूर्ण कालक हूँ जिस सहायता हेतु वह प्रयोग की जरूर है, जब याहि का अतिशय या लक्षण दिल्ला किसी अन्य द्वारा नियोजितवाली कम्पनी से ग तो लिख दै और ग ही भवित्व में लौगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वारा सहमति)

- 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 Koohika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रथा का दाना दृष्टिकोण से जाप लक्षणका, मैं (अवैज्ञानिक) अपनी सामग्री की पुरिया करता हूँ इव्वं “कौशिका फारेहेसन और उसके न्यायों” को मध्यवर्ती करता हूँ कि मेरा नाम, पाता, चोटों और जो विवाह उस प्रथा में भौमित है, उसे “कौशिका” एवं नामी, शन, मासनामा इत्येवं उद्दृश्य ये चुटों गम्भीरियां अवै दग्धांशियां के लिये किसी भी प्रसार न्यायम से प्रसारित करने के लिये आविष्कृत है। मेरे एवज या विवाह में इत्यत्र की पहली जा जाए ये कानों के लिये “कौशिका फारेहेसन” व नामों अविष्कृत है।

2) ने (अधिकारी) इस बात से भ्रष्टाचार हूँ कि मेरा जप, पता, कांटी और विवरण जो कि सहायता के ठहरावों से प्राप्ति है उसे स्वीकृत; सहायता का इच्छार नहीं बतता। इस सम्बन्ध वे "आंशिक" एवं उपर्युक्त व्याख्यानों का नियंत्रण लीजिए और व्यापकतये होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

तेजेश्वर के दृष्टिभूमि या अंगते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा करने)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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.

इनमा अधिकृत इस्तेमाली की ओर से समालोचित होते "कांगड़ा वाराणसीराम" से लिपिग्रन्थ भाष्यक होते जिनमें को जारी हैं, जिन्हें हम (हस्तक्षण) विष्णु उत्तर से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

१) यह कि न ये मार्गशन और न ही भाष्यक में विविध साहाय्य किसी ऐसे साक्षात् स्थिति पर किसी अन्य स्थिति से ज्ञान दोषितमंगले में लेंगे था से रहे हैं, जैसे कि हमने "कांतिका फादर्बेशन" में विविधविविश्वास के साम्बन्ध में "कांतिका फादर्बेशन" द्वारा घटन होती की है। यदि "कांतिका फादर्बेशन" द्वारा साक्षात् विविध अधिकारकान द्वारा मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पृशन किसी तात्पर या साक्षात् संपर्क या किसी अन्य साक्षात् से साक्षात् लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पृशन विविध घटन उक्त दोषितमंगले होते किसी ऐसे साक्षात् अधिका का लेना/सेवन।

“कोलिका काटन्देशन” ने भी गई लहरात लैवल चिह्निय इक्कुति छो हो है। लैवल यह हमलात द्वारा थी गई जल्लाह या किन्ते एपे लपचा/प्रोडिया का सुनाव लैगी एवं इसलाल के बीच का विषय है और “कोलिका काटन्देशन” द्वारा कियी प्रकार का कोई इचाम नहो है। इसीलिये हमलात में योगी के इशारा सुनाव और अब आगे को सारी चिम्पेण्टी ऐपी एवं इसलाल की होगी और “कोलिका” को कर्कटे सुनिखा या चिम्पेण्टी इस यात्रामें भी भागी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वामीकाली के लिए संस्कृति

Date of Surgery

Dr. Shibashis Das
M.B.B.S
Gold Medalist
(Name of Dr. S. Rega - No. with Stamp
Reg. No. 101
3192 श. रेगा ३१९२ डॉ. शिबाशि. दा.

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपकरण हैं

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नवाज़ी एस्टेट्स ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी व्यक्ति २

Samp

Eric