

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखांपाल)	 Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0325/2168	APPLICATION DATE: 10/3/25 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	SRABANTI DAS		AGE-YEARS वय-वर्ष 47	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्रीम् जा नाम	BIDYA MOHAN DAS		SEX लिंग F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बासान आवासीय पता 47/1, SIMLA ROAD, BEADON STREET, KOLKATA, 700006, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: निवास आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: प्रवृत्ति	COOK		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं) <input checked="" type="checkbox"/>	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	₹ 5000 * 12 = ₹ 60,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष लेखन)	
PAN No. भारत सरकार संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): कठ इय समय कर चुका है (जो मान्य गो उमा पर मात्रा का निशान लगाये): Yes / No हाँ / 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 सम्बन्ध
1.	SRABANTI DAS	47	F	SELF
2.	ASHUTOSH DAS	40	M	BROTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिए विनियोग आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गटीबौद्ध रेखा के भीतर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाल छाड़ि लेखन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द आव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाल छाड़ि लेखन करें)	Ration Card (Attach Copy) इप्पोवता कार्ड (प्रमाण पत्र को लाल छाड़ि लेखन करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सब्द	
“PURPOSE” for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से बारी की गई प्रतिवेदन सूची लेखन			
①	DIAGNOSIS - CATARACT - LF			
①	SURGERY - LF - (SICS + IOT)			
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME “PURPOSE” from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 AWAILED स्तर या सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: अर्थेत् यह प्राप्ति पर्याप्त है।

- 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 योग्यता प्राप्त हूँ कि इस प्रक्रम में दिए गए सभी विकल्प मेरी ज्ञानाधीन के अनुसार सबसे अच्छे लगते हैं। परं, मोर्चे विषय पर्याप्त ज्ञान है कि मेरी ज्ञानाधीन नियम को जा सकती है।
 - 2) मैं दूसरों की मददा की जानी वाली विकल्पों को अनुसार अपनी उत्तरण की शृंखला के दिल्ले किया जाने चाहिए, जो इस प्रक्रम में भट्टा लगता है।
 - 3) मैं पूरी करता हूँ कि विद्या ज्ञानाधीन ही पर्याप्त विकल्प की तरफ है, उक्त विकल्प का अविवादित रूप से उपलब्ध करने की संभवता है और वह ही खोजने में मौजूदा

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- १) इस दृष्टि पर अपने हास्यकार या अंगों की जाप हास्यकार, मैं (अधिकारक) अपनी सहयोगी की गुणित करता हूँ एवं "कोरेशिया" फारंडेशन और उसके भासीयों को अधिकृत करता हूँ जिन बेपु नाम, चाहे, खेलों वीरों या विदेशी इस प्रकार में खीलते हैं, उदये "कोरेशिया" एक्‌न्-न्यासी, राजा, गावन्यासा तूमसे उद्देश्य से तुम्हीं गोपीनेत्रियों और उपराजित्यों के लिये किसी भी प्रस्ता भाषण में इमारित बातें के सिए अधिकृत हैं। मेरे प्रत्येक वार विदेश की इत्तजान में पहले जा जाए वे करने के लिए "कोरेशिया फारंडेशन" व न्यासी अभिष्ठ है।

२) मैं (अधिकारक) इस वार में प्रस्तुत हूँ कि ये पुरु नाम, नामा, छाटे और विदेशी जो कि सामाजिक व उद्देश्यों से प्राप्ति हैं गुणें बनते; साहस्रका का हक्कावार वही बनता। इस समर्थन में "फारंडेशन" प्रत्येक उन्नें व्यवसियों का नियंत्रण अधिकृत और वास्तविकता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

प्राप्ति के समान या लागू हो सकती है।

Srabanti Das

AGREEMENT by HOSPITAL (病院との合意)

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.

- 1) यह ऐसा न हो गयेगा जैसे तांडी में विशिष्ट सहायता किसी गैर सहायते सम्बन्ध में किसी अन्य स्थिति से उत्पन्न होनी प्राप्त होती है, ऐसे कि हमने “कोरिलियो फार्माचेसन” से विकासित विनीय उच्च के सम्बन्ध में “कोरिलियो फार्माचेसन” द्वाय मर्द होता कि है। यदि “कोरिलियो फार्माचेसन” द्वाय सहायता विनीय विशिष्ट सम्बन्ध होता यदि किस जगत् है तो अन्यतर किसी अन्य गैर सहायती सेवा या किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठे जो नटव यहा जाता है कि नस्ताता डिलेंग मर्द उपरा होनी प्राप्त होती है किसी गैर सहायती सेवा का लियो अन्य सम्बन्ध में जीवी सेवा भी होती है।

२. "कोशिका फार्मेसीज" के नीति गई सहायता कर्मसु विविध प्रकृति को ही रोगों पर इम्प्रेसल द्वारा ही जई सहायता का किसने गये उपचार/प्रतिक्रिया वह चुनून रोगी एवं हास्पाताल के भीतर उत्तर दियए हैं और "कोशिका फार्मेसीज" द्वारा किसी एकल का क्वोर्ड एथर्प नहीं है। इसलिये हास्पाताल में रोगी के इलाज सुधारा और आनंद दाने को जारी बिन्दीएं रोगी एवं हास्पाताल की ओर से "कोशिका" को खोटी भविष्यत भा डिस्ट्रिब्यूटरी इस प्रबन्धने में जरूरी होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संरक्षण

Date of Surgery

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S.M.S
(Name of D.G.O Registered with Stamp)
झामटा कल्पित राजनीतिक दल, ३

OPTIMIZING OPS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

(on behalf of Hospital)

मुम् व पर उपर्यतलं अपिकृतं लघिकानी

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

कानूनीक रूपस्तेज संग्रह

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Safayil

SiEB