

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: K/0325/2215

APPLICATION DATE: 12/13/25

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

MP. BAKI BILLAH

AGE-YEARS आयु-वर्ष
53

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कपुत का नाम

MD. NUR ISLAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तविक आवासीय जाता

CHAKAMINPUR, SANDALIA, NORTH 24

PARGANAS 743423, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक आवासीय जाता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
जैवसंस्करण

BAMBOO SELLER

MARRIED (मिहिन) / UNMARRIED (आवेदित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

1500X12 = ₹4,800/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
ममा आप आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का विशेष लगायें)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरेलूर 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.	MD. BAKI BILLAH	53	M	SELF
2.	MARAIMINA ISLAM	51	M	WIFE
3.	JAHANGIR ALAM	23	M	SON
4.	SABI RUMNAHAR	19	F	DAUGHTER
5.	TOUFIK ALAM	16	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महायाता के लिये विनामि आधार

BPL Card. (Attach Card Copy) गोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को आप भी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आप जीव प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को आप भी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राष्ट्रीय रोटन कार्ड (प्रमाण पत्र को आप भी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्य साक्ष
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महायाता हेतु किये गये विनामि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य रसोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई महायाता रकम



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 आवेदक कहता हूं कि इस प्रकाश में दिए गए सभी विवरण सभी जानकारी को असाधा साक्ष एवं ज्ञात है। यदि कोई विवरण ऐसे कारण असाधा एवं याद है तो मेरी ज्ञानवाला निवारण की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा कोई सहायता ग्रहण "कोशिका जातान्वेशन", जो जीव जीवन की दृष्टि के लिये विवरण नहीं है, जो इस प्रकाश में भाग नहीं है।
- 3) मैं नुस्खा कहता हूं कि जिस ज्ञानवाला द्वारा आवेदन की ज्ञानी है, उस ग्रहण का विवरण या असाधा एवं असमान विवरण ज्ञान प्राप्ति/नियोजन/दीन कामनाएँ से एवं तो लिए हैं और वे ही भविष्य में लाना।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कहा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
- 3) इस प्रयोग का अवधारणा या अन्यथा को जाप ज्ञानवाला, जो (आवेदक) अपनी सहायता को नुस्खा कहता हूं एवं "कोशिका जातान्वेशन" को अधिकृत करता हूं एवं "कोशिका" प्राप्ति/नियोजन/दीन कामनाएँ से लिए विवरण या असाधा साध्यम से उत्पन्न करते हों तिने अधिकृत हैं। ये इनका कारण या इनका को पड़ते या याद में रखते हों तिने के लिए "कोशिका जातान्वेशन" या नामी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बताते हुए कि मेरे नाम, ज्ञानी और विवरण जो कि ज्ञानवाला को उद्देश्यों से ग्रहित हैं युक्त नहीं; ज्ञानवाला का ज्ञानवाला नहीं बनता। इस सर्वेषं में "कोशिका" प्राप्ति/उद्देश्यों का निर्माण अंतिम और अन्तिमतम् होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक जो ज्ञानवाला या अन्यत्र कहा जाना।

12/07/2025

AGREEMENT by HOSPITAL: (ज्ञानवाला द्वारा कहा)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत, ज्ञानवाले को "कोशिका जातान्वेशन" में विविध ज्ञानवाला द्वारा विवरण की जाती है, जिसे इस (ज्ञानवाला) निम्न प्रकाश में वाच्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि उस जीवनपत्र और न हो परिवर्त्य देविति ज्ञानवाला ये याकृति संस्थान या विवरण अन्य स्रोत से उत्तम एवं अचूक/भावनावाले वे लाने या ले रहे हैं, जैसे कि इसमें "कोशिका जातान्वेशन" में विवरणित उत्तम अन्य सम्बन्ध में "कोशिका जातान्वेशन" द्वारा प्रदर्श हुए कि हैं। यदि "कोशिका जातान्वेशन" द्वारा ज्ञानवाला दिविति अधिकारी/काल्पना हुए मन्त्रों नहीं विवरण जाता हैं तो अस्पताल किसी अन्य या याकृति संस्थान या विवरण अन्य सम्बन्ध से ज्ञानवाला लाने का अधिकारा अनुमति नहीं है। इस पूर्ण से सट्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदर्श उत्तम एवं अन्य सम्बन्ध से लाने की अनुमति नहीं है।

- 2) "कोशिका जातान्वेशन" में लाने होने वाले विवरण प्रकृति ज्ञानवाला हैं: योगी या अस्पताल द्वारा या विवरण अन्य/इकाइया या युवाओं द्वारा एवं एवं ज्ञानवाला के द्वारा का विवरण है जो "कोशिका जातान्वेशन" द्वारा किसी ज्ञानवाला को कोई उल्लंघन नहीं है। इसलिये अस्पताल में योगी या अन्य सम्बन्ध और याकृति जीवन की योगी और "कोशिका" को कोई अधिकारा या विवरण द्वारा इस सम्बन्ध में नहीं होती।

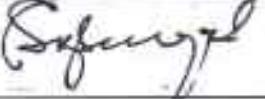
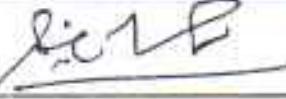
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संस्थान

Date of Surgery अंगीरण की तारीख 12/07/2025	Dr. Shubhashis Das M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Designation/with Stamp) Gold Medalist with Distinction दाक्तर का नाम व उपाधि/विशेषज्ञता का नाम	OPTOM. AGRIMONI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKALP नाम व नाम व उपाधि/विशेषज्ञता का नाम
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवेदक उपर्योग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी ज्ञानवाला । 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी ज्ञानवाला । 
---	--