

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		 Building block of life		
APPLICATION No.: 4/0425/0104 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 16/04/2025 आवेदन तिथी		
NAME of APPLICANT: MILAN KRISHNA DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 67 आयु-वर्ष	SEX: M लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUDIRE CHANDORA DAS पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 10/A NARAYAN PALI, NONDANNAHAR, KAMARHATI, NONDANNAHAR NORTH, PARAGANAS, 700083, WEST BENGAL. वर्तमान आवासीय पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 8000X12 = 96000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी खाता 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 लगावे)				
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.	MILAN KRISHNA DAS	67	M	SELF
2.	SUTAPA DAS	40	F	DAUGHTER
3.	REJATA DAS	48	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनित आधार				
BFL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 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 प्रीतिवेदन सूची संलग्न			
①	DIAGNOSIS: CATARACT (LE)			
②	SURGERY (LE) STCST-101			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 यहाँ बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "उद्देश्य" का उद्घोषण करता हूँ, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि को अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिेदक द्वारा वरदा)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) मैं इस पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जहाँ विवरण इस प्रश्न में उल्लेख है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मैं इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बंधनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

जलवेधक के इस्तेमाल या तंगठे या गिज़ान

Milam Kichra Dal

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्ता)

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 अधिकांश इन्टरनेट की उम्र से नवजाते/छोटी-को "कोशिका पराजित" से विविध सहायता हेतु विकल्पों की जाती है, जिसे हम (इन्टरनेट) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सरकार और न ही परिवर्ष में विविध सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य एजेंसी से उठा होगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसा कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलता/मिलती उठा के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/सफल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अवसरान किसी अन्य नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अवसरान द्वितीय मदर उठा होगी/मामले हेतु किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल विविध इच्छा को है। होगी या इसकात द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगी एवं इसकात को कोई का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इसकात में होगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी होगी एवं इसकात की होगी और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या विमोचन इति मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

$D = S' \frac{1}{1 - r}$ D वार्षिकता के लिए संस्तुति

Optom Avhijit Das
Senior Program Officer
Sankara Jyoti Eye Institute

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/04/2025

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हमलावर व पी. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

2018