

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: 4/0425/0119		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 18/04/2025			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: SAGIR ATA		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 56	SEX लिंग: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्याका नाम: ABDUL SHAKOOR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: 32/H/9, DR. M.N. CHATTERJEE SARANI, RAJA RAM MOHAN SARANI, KOLKATA, 700009, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता: <u>AS ABOVE</u>					
OCCUPATION: व्यवसाय: FARMER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 9500 X 12 = 54,000/-				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. स्पष्ट खाली रखें					
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)					
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	SAGIR ATA	56	M	SELF	
2	Tahawara BEGUM	53	F	WIFE	
3	SAYDEM ATA	24	M	SON	
4	SAGIR ATA	19	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति आधार					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①		DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
②		SURGERY — RE (STCS + IOL)			
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: सत्यमेक ह्या श्रवणा परः

- DECLARATION by APPLICANT: **जयदेव उ. शौभगा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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) मेरे द्वारा जो सहायता जहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस एग्री का-वैश्विक या सरकारी शिक्का किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किये)

- 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/post-up/produce 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.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या आगे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सम्पत्ति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउन्सिल और उसके न्यायोधी" का अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और या विवरण इस दस्तावे में घोषित है, इसे "कोशिका" एवम् न्यायो, दान, वाचना/या द्वारा उद्देश्य से दुरी गतिविधियों और व्यक्तियों के लिए किसी भी प्रकार वाष्पम से प्रतीति करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पाले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउन्सिल" में न्यायो अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं बनाता। इन सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

कावेदक च मयलाधर या जगमूत या निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करावे)

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 जीवन में, इन्द्रधनु की ओर से भगवान्/प्रेमी को "कोशिका प्रजनन" से विनियमित होता है, जिसे हम (हमारे) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो पारिवार और न ही राज्य में किसी स्थापना किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य शक्ति से उच्च रोगी/भाषन में लेगे या तो रहे है, जैसे कि हमने "कांसिका फाउन्डेशन" में मित्रादिश/निर्गत उच्च के संस्थान में "कांसिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कांसिका फाउन्डेशन" द्वारा स्थापना किसी अतिरिक्त/सकल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अन्तर्गत किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अव्यवगत स्थिति में मदद उच्च रोगी/भाषन हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेगी।

2. "बौद्धिक कार्टेस्टेशन" से तो गई सहपाठ जेफल विधिय प्रकृति की है। ऐसी या हमसतल इत घी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमसतल के बीच का विषय है और "बौद्धिक कार्टेस्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसतल में ऐसी क इतल सुरक्ष और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसतल की होगी और "बौद्धिक" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वाध्यायः के लिए संस्तुति

Optom Avhiit Das

Senior Program Officer

Barakat, D. & Institute

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

नाम व पद इसकात अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की शरीर

18/04/2025

1. *Chlorophyll a* (Chl a) is the primary photosynthetic pigment in most plants and algae. It is a green pigment that absorbs light energy in the blue and red regions of the visible spectrum. Chl a is essential for the light-dependent reactions of photosynthesis, where it converts light energy into chemical energy in the form of ATP and NADPH.

Copyright © 2004 by W.B. Saunders Company

of Dr. & Regn. No. with Sta

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION : आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यासो सम्बन्धमा ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर ३

Rich

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा रखा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का-व्यापक या सकल विनिमय किसी अन्य स्रोत/निर्धोक्त/बीमा कम्पनी से न ले लिये जा सके और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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/print-up/produce 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.

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.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों द्वारा, कथन/प्रकाशन/दस्तावेज/उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्च या खर्च से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 अधिकृत, हस्ताक्षरी जो जोर से सम्मते/राजी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिमय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वीकृत हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिमय आसिक/सफल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

- 2 "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Optom Avijit Das

Senior Program Officer

Sankata Shanti Eye Institute

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

18/04/2024

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2