

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0625/0669

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/06/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

TOFAJJEL GAZI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

TAMON GAZI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KUMARJOL NORTH 24 PANCHAYAT-748425
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

POTTER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

2000 x 12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई 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 निशान लगाएं)

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 से संबंध
①	TOFAJJEL GAZI	65	M	SELF
②	ROSONARA BISI	62	F	WIFE
③	TUJBUR ROHOMANGAZI	29	M	SON
④	RUSTA BISI	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के साथ 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY - SICS+IOL (LE)

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: **અવેરજદા હામી શેખનગર પત્ર:**

- 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 गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापत्र पत्रिका "बोन्टिका अग्रद्वेषण", में छपी जा रही है, उसका उद्देश्य उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये विचार जा रहेगा, जो इस प्रारूप में मंचा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापत्रक हेतु यह प्रारूप की गई है, उस पत्रिका का सर्जिका या सकल हिस्सा किसी अन्य संगठन/निगम/व्यक्ति/व्यक्ति/व्यक्ति से न हो लिया है और न हो भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- 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/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.

- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस बात से सहमत हूँ कि गेट नाथ, पता, फोटो और विवरण इस प्रपत्र में संश्लिष्ट है, इसे "कॉशिका" एवम् न्यायी, नाथ, वाचकता हमसे उद्धरण से जुड़ी तथ्यावली और दस्तावेजों को लिखे बिना भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने में लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षरों के सहित या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आविष्कार का सम्बन्ध या अंगुली का निशान

✓ 20787 4544241

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 同意書)

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 अधीनस्थ, हमारा कार्य जो जो से सम्बन्धित हो "कॉरपोरेट गवर्नेंस" से विधि सम्बन्धित हो सिखाया जा रहा है, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिकांश प्रचलित सहायता किसी नैर सहायरी संस्था या किसी अन्य संस्था से उठाए जाये, बल्कि वे लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टडाउन" से सिद्धांत/विनिर्देश प्राप्त की संस्था में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त संस्था हेतु प्रस्तुत की जाये तो यह सहायता किसी अन्य नैर सहायरी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पसंख्यक द्वितीय मदद उठाए जाये हेतु किसी नैर सहायरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से तो गई महापण केवल विविध प्रकृति की है। रोगी या हल्कासा द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हल्कासा के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हल्कासा में रोगी को इनका चुनाव और जाने-जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हल्कासा की होती और "कोशिका" की कोई धमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्थान

Optom Avhijit Das
Senior Program Officer
Sankarajyoti Eye Institute

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

Date of Surgery
अभियोग की तारीख

Dr. Shibashis Das

M.B.S.M.S
Gold Medalist
(Name of Dr. & Topic) _____ with Stamp)
Reg no. P-1039

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक दृष्टयेण हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यासो हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर २

Exempel

Rich