

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K. / 0725 / 0842

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

20/07/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

HARIKISHAN SHAW

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

79

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

MANAS SHAW

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

FLAT 16/5/12, DUMDUM ROAD, CHHUBA DANGA ROAD, KOLKATA 700301, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40000 x 12 = 480000

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षय 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 निशान लगायें)

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 संबंध
1.	HARIKISHAN SHAW	79	M	SELF
2.	GOPAL SHAW	83	M	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नोड पर 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 (IE)
2.	SURGERY: IE (SIGINTOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया 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: आवेदनक द्वारे घोषणा एव:

- 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.

। मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साक्ष्यता निरस्त की जा सकती है।

2। मेरे द्वारा जो सहायक एजेंट "कोरिन्था कान्स्ट्रक्शन्स", से ली जा रही है, उसका सम्बंध इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में धरा गया है।

2) मैं धुंधि वाला हूँ कि जिस सहायक हेतु पर प्रश्न को गाँ है, उस दृष्टि का अंशिक या सकल विस्थापित किसी अन्य ओल/निर्वाचक/बीजक सम्बंध से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक ह्वा सग्या)

- 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.

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 तरह पर माने हलफना या अंगरे को आप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोग को चुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका कारागारों और उनके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, धरो और जो विवरण इस तरह में धोखा है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, वाचनायक दूधो उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को निम्न किसी भी उद्देश्य के प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विवरण भी इनका जो पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका कारागारों" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आत्मपद) इस बात से सहमत हूँ कि यह नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से शामिल है मुझे स्वयं, सहायता का एकदा नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" जयम उसमें शामिलों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपका यह हस्ताक्षर और अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल की वकालत)

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.

हमारे जीवन में, हस्तशिल्पी की ओर से सम्पत्ति/पैसा को "कोशिका फाटने/खाने" से बर्तित सावधान होना निवारण को ज़रूरी है, जिसे हम (हमसबल) दिन-प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो योगदान और न ही सविधान में वित्तिय सहायता किसी भी सरकारों सम्बन्ध या किसी अन्य स्तरों से उठाये गयी, याप्राप्त होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपणन/वित्तिय उद्देश्यों के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अतिरिक्त/सकल हेतु मंगल नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उठाये गयी/याप्राप्त हेतु किसी भी सरकारी सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फ्रान्जोशन" से तो गई सहायता केवल मिथित प्रकृति की है। ऐसी वा इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फ्रान्जोशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्पताल में ऐसी क इलाज चुनना और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संकल्पित

Date of Surgery
ऑपरेशन तारीख

20/07/20

Dr. Shibashis Das

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम के इलाखर य जेरे र.
Regd. No. 71915

Optom Avijit Das

(Seal or Program Officer
Sankara Jyoti Eye Institute)
नमः पद्मे हस्तान् अधिकृत अधिकारी

नमः पृथ्वी हस्त्यात् अधिकतः अधिकली

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 व्यासो इन्द्रधर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

cert