

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

अवेदन संख्या :

K/0725/0877

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/6/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SUKLAL HALDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

62

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुस्थ का नाम

MAHMAN LAL HALDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

INDRA NAGAR BLOCK-3, COLLEGE PARK ROAD
(N) NORTH 24 PARAGANAH ZONED, WEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

4000X12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. पैन 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

हां / 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	SUKLAL HALDAR	62	M	SELF
2	NAMITA HALDAR	54	F	WIFE
3	SUSMITA PATRA	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 किसे गरीब विनंती 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 - LE (SLC 110L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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: સરકારે આ મેળામાં ૫૩

- 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 प्रकल्प में दिए 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 एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह व्यय किसी भी ग्राहक, सम-राशि का वाणिज्य या संचालन विम्वार किसी अन्य को/निधोदाय/कोषा कम्पनी से न जो लिया है और न ही पक्षियों में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE TWO WITH)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्धक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, प्राप्त/पाएँ द्वारा उद्देश्य में मुझे गतिविधियों और प्रदर्शनों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षरों पर करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्धक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि दस्तावेजों में उद्देश्यों में प्रस्तुत है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपके पास है हमारा या आपके पास मित्रता

2. சுகலாசனாதிநாயகம்

AGREEMENT by HOSPITAL: (HOSPITAL 印を捺す)

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.

इसका अर्थ है, हमारा ही जो अंदर से सामंती-पंथी को "क्रांतिकारी फासीवादी" से विचारित मिलाया हो, विकर्षण को करते हैं, जिसे हम (हमसे) विभिन्न प्रकार से राज्य व समीक्षा करते हैं।

१. "क्या कि न तो योगदान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारों परमाणु या किसी अन्य स्त्रोत से एक योगी/पामाल से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फायंडेशन" से सिफ़ोसिड/विनिलि उन्हा के सम्बंध में "कोशिका फायंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फायंडेशन" द्वारा सहायता विनिलि अतिरिक्त/सकल हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य सम्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी भी मदद एक योगी/पामाल हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना-लेगी।
२. "कोशिका फायंडेशन" से सी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। योगी या हस्तगत द्वारा सी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुआयना योगी एवं हस्तगत को बीच का विषय है और "कोशिका फायंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसलिए हस्तगत में योगी के हस्तगत मुआयना और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी योगी एवं हस्तगत को होगी और "कोशिका" को कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/07/25

~~Dr. Shibashis Das~~

M.B.B.S M.S.
Gold Medalist

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

डाक्टर का नाम व सम्बन्ध व राज. नं.

Ontom ~~A~~rhijit Das

Senior Production Editor

Sent: [Redacted]
[Redacted]

Sankar's

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

मानसिक तपस्याम हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इत्यादि ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

2001 FEBRUARY 7

per