

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

W/0725/0920

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

29/07/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

NISHI BALASARDAR

AGE-YEAR आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

SHASHI SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KACHHARI PARA, DWARKA JANGLE
SANDESHWARI, NORTH 24 PARGANNA,
743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

COON

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50000/12 = 60,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वतंत्र 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 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 के साथ सम्बन्ध
①	NISHI BALA SARDAR	66	F	SELF
②	SANOLI SARDAR	46	M	SON
③	AMOL SARDAR	42	M	SON
④	KAROLI SARDAR	40	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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) व्यप्रीकृता 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS: CATARACT (RE)
2	SURGERY: RE (SUCCESSFUL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 पर कतार दूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कवर असत्य पाया जात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ली है "कोशिका फाउन्डेशन", मैं उसे वापस नहीं करूँगा, क्योंकि उससे उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का वापस या समकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (सावेदक 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/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.
- 1.) इस प्रश्न पर कानून इस्तेमाल का अंग्रेजी की भाषा लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, प्रायश्चित्त या दूसरा उद्देश्य को जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इस्तेमाल को पहले या बाद में कानून को लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हमला नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदन के हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर प्राप्त करावा)

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 अधिपति, हमारा धर्म और से सामंतों-राजों को "अविद्या का अन्धकार" से विहीन बनाया होना सिद्धांतों को पारो है, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से धर्म व अविद्या करते हैं:

1. "या छिन्न न हो पावेनाम और न हो पावेनाम ये विविध महापुरुष किसी नैराश्वर्यी धर्मधर्म या किसी अन्य जलते ये एक रोगी/पापमे ये लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में विप्लवविप्लविकता उक्त को समझने में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापुरुष विप्लव जलिका/महापुरुष हेतु समझ नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैराश्वर्यी संस्था या किसी अन्य संस्था में महापुरुष लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विप्लव मदद एक रोगी/पापमे हेतु किसी नैराश्वर्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ले गई महापुरुष केवल विविध प्रकृति को है। रोगी या हमेशा ही द्वारा ही गई सल्लह या किसी गले जलिका/महापुरुष का सुझाव रोगी एवं हमेशा ही को बीच का विप्लव है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकृत का कोई दमन नहीं है। इसलिए हमेशा ही रोगी को इनका सुझाव और अपने जाने को सारी विप्लविकता रोगी एवं हमेशा ही को होनी और "कोशिका" को कोई पापिका या विप्लविकता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वयंभूतों के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S.M.E.

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

79035

Optom. Avhijit Das

(Name, Designation & Bank of Authorised Signatory)

Sankara 98484 94444
Sankara 98484 94444

का.प्र.प. २००५/२००६

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक रूपरेखा तैत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हल्लाभर ।

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मागील महिन्यात ?

1212