

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS वर्ष-का		SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम		50		F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवस्थान पता					
ROY PARA, DIAMOND HARBOUR MT, SOUTH 24 PARGANAS, PIN-743331, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवस्थान पता					
NO ABOVE					
OCCUPATION: व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
HOME MAKER				☒ MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय				Attach Proof of Income: (आय का दायित्व संलग्न करें)	
BOMY 12 = 36,000/-					
PAX No. स्थानीय खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं? (जो मानें उसे पर सही का निशान लगाएं)				Yes / 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.	SHAYTRI KEBAT	50	F	SELF	
2.	RITU KEBAT	30	M	DAUGHTER	
3.	SAYITA KEBAT	17	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा को 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) उपभोग्य 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:					
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
Sr. No. क्रम संख्या					
1.	DIAGNOSIS CATARACT (LE)				
2.	SURGERY LE (SIGHTING)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि	

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 selection/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.

5) 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.

[illegible]

- 1) मैं सोचना करता हूँ कि इस प्रश्न में ऐसे चार चर्चा बिन्दुओं को ध्यानपूर्वक से समझना जरूरी है। यदि कोई विद्यार्थी इन चारों बिन्दुओं को ध्यान से पढ़ेगा तो उसे सहायक निराह को आ सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक प्रति "मोडिफाईड कन्वेंशन", से जो कि ली है, उसका उपयोग इसी संदर्भ को पूर्ण से लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रारंभ है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विश्व सहायक हेतु यह प्रश्न को यह है, जो राजी को अधिक से अधिक हिताहित किसी अन्य को/विद्यार्थी/सहपाठी के न तो हित है और न ही विधि में ली।

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-upreproduce 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों का अंश देते ही आप बताएं, मैं (आवेदक) अपनी संपत्ति को जूटि करता हूँ एवं "कॉन्सिका फार्मेशन और उसके भातियों" को अधिकृत करता हूँ कि वेद नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट हैं, उसे "कॉन्सिका" एम्. नसीर, एच. बचनराव द्वारा उद्देश्य से लुई पब्लिशिंग्स द्वारा उद्देश्यपूर्ण के लिए कितने दो प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए समिचित है। मैं प्रश्न का विवरण में बताए के रहते या बाद में करने के लिए "कॉन्सिका फार्मेशन" पर भातियों अधिकृत है।

- 2) मैं (अनुरक्त) इस बात से सहमत हूँ कि मैं, राजू, फांते और निरुपम जो कि सौराष्ट्र के उर्वरकों से प्रभावित हैं मुझे स्वतः सहायता मा सकती नहीं बनना। इन सार्वभौमिक "सौराष्ट्र" एकादशों के अधिकारों का विमर्श अंततः वापस लौटने होगा।

आवेदन को हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

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:

- (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.

इसका अधिकृत, इस्लामाबाद की ओर से सम्बन्धितों को "मोर्निंग चाट-उप" से शक्ति सहायता हेतु निर्धारित की जाती है, जिसे कम (उपस्थित) विनम्र प्रकार से माया व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि 'न तो बांधव और न ही परिचय में विविध साक्ष्य सिद्धि के आधार पर संभव है कि किसी अन्य व्यक्ति से इस घटना/घटने में लेवी या सं. रहे हैं, जैसे कि अपने "कोसिका कार-ट्रेडर" से सिफारिश/सिद्धि इस की संभव है "कोसिका कार-ट्रेडर" इस प्रकार कि है। यदि "कोसिका कार-ट्रेडर" इस संभवता के लिए आशंकित/संभव है। मजबूत नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य के साक्ष्य के संभव या किसी अन्य संभावना से साक्ष्य के तब का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय 1995 के संशोधन के लिए किसी के साक्ष्य के संभव या किसी अन्य साक्ष्य के तब के लिए संभव/संभव।

2. "कॉन्सिदा फल्लोवेशन" से तो यह मानना संभव दिगिय प्रकृति को ही रांणी पर हन्यवत हूय हो नई सलल हो किन्तु यह सनवा/प्रतिष्ठा का सुनय सेने एवं हन्यवत से बीच का विनय है और "कॉन्सिदा फल्लोवेशन" हूय किसी प्रकार का कोई दसय नहीं है। हल्लोय हन्यवत में रांणी से ज्ञानय सुनय और नाने नाने की हारी निम्नगरी रांणी एवं हन्यवत को हने से और "कॉन्सिदा" को कोई प्रमिया य निम्नगरी हल रांणी से नहीं हने।

संस्कृत के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

04/09/25

Dr. Shibashan Das
Director

Director

M.B.B.S, M.S (Gold Medalist)

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

REG. NO. 7 1050 1701

Optom Avhijit Das

(Name, Designation) **Senior Program Officer** **Authorised Signatory**

Sankara Jayanti Eye Institute

नाम व पद इत्यादौ अधिकतः आवधिकः

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम: ()

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्याय पालिका ७