

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 11/0925/1283 APPLICATION DATE: 15/09/25
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि: AGE-YEARS आयु वर्ष: 60 SEX लिंग: F

NAME of APPLICANT: LAKSHMI RANI SARKAR
अवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAMAR SARKAR
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता
SODEFOR MTLANGA, PARULPADA, PANIHATI
(M), NORTH 24 PARGANAS 700113, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता
AS ABOVE

OCCUPATION: HAWKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4500 X 12 = 48000
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयकर 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 अवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	LAKSHMI RANI SARKAR	60	F	SELF
2.	SAGAR SARKAR	38	M	SON
3.	SUBHO SARKAR	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 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 (RE)
2.	SURGERY RE (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 इस हेतु 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 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.

[illegible]

1) मैं धोखे का काम है कि इस प्रश्न में दिए गए चार विकल्पों में से सही विकल्प चुनना है। यदि कोई विकल्प सही नहीं है तो उसे खारिज कर दिया जाएगा।

3) ये पुरुष कहते हैं कि वे इस संस्कृत शब्द का ज्ञान ही नहीं है, जब पति का अधिकार या सत्ता किसी किसी अन्य सांविधिक/वैयक्तिक कारणों से या के लिए है और न ही पतिव्रत में ही।

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 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 Kumbha Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर जयपुरी इतिहास पर अनेकों की राय समाकर, मैं (आलेखक) अपनी समझ की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउन्सेलर और उसके ज्वाहीरी" को अखिल कहता हूँ कि वेद नाम, यज्ञ, फाँटे और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, इसे "कोशिका" एवम् ज्वाहीरी, यज्ञ, वाहन/यज्ञ द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तथे किये की प्रसर माध्यम से प्रस्तुति करने के लिए समर्पित है। ये प्रश्न का विवरण मेरे इलाक के रहने या मरने के लिए "कोशिका काउन्सेलर" व ज्वाहीरी अखिल है।

2) मैं (आनंददा) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन नं० और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इसे संबंध में "संश्लेषण" हस्त उपरान्त व्यक्तियों पर निर्देश अतिव्यक्ति और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को प्रस्तावित या अंगुष्ठ का चिह्न



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashi's 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 is to ensure that the Hospital does 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 this patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इसासरो की ओर से भारत/गोमी को "जोशिला काउन्सिल" से प्रतिय भाषायाल हेतु मित्रमिता की खाती है, निचे हम (हलन्सात) निम्न प्रकार से भाव व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही शोधित ने शिवित महापति किसी भी महापति सम्मान या किसी अन्य संकेत से उन्मा रोमो/पागले में रोम पा ले रहे हैं, बैसे कि हमने "कॉन्सिडर फाउन्डेशन" में सिमरिडि/विपति उन्मा के सम्मान में "कॉन्सिडर फाउन्डेशन" द्वारा मार डेनु कि है। यदि "कॉन्सिडर फाउन्डेशन" द्वारा महापति विपति अतिरिक्त/मकरा हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अन्वयत किसी अन्य भी सकाराई बैसे का किसी अन्य सम्मान में महापति होने का अतिरिक्त मुद्रित रहता है। इस दृष्टि में हम कहें जाता है कि अन्वयत द्वितीय मर उन्मा रोमो/पागले हेतु किसी भी सकाराई सम्मान या किसी अन्य सम्मान से नहीं रोम/लेगी।

2. "कोशिका पाठ्यपुस्तक" से जो नई संज्ञाएँ लेनी हैं उनमें से प्रत्येक एक को नया अर्थ देकर उसे अपने भाषण में प्रयोग करें।

स्त्रीकृतों के लिए संस्तति

15/09/25

Dr. Shibbar Das
Director
M.B.B.S. M.S. (Gold Medalist)
(Name of Gr. 2 Regn. No. with Stamp)
Raj. No. 1035 V/AMC
बनारस, जे. पी. ए. कॉलेज, बनारस

Optom Avhijit Das
Senior Program Officer
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Sankara Jyoti Hospital
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञानरिक्त उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: प्रकाश १

SIGNATURE of TRUSTEE 2
गुप्तो दत्तात्रेय १

Ergebnis

Herb