

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

11/09/25

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

20/09/25

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

RAJINA BIBI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कन्या का नाम

SHUKUR ALI KHAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SHYAMNAGAR, BHANGAR-II, SOUTH 24
PARGANAS, 700135, WESTBENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE.



OCCUPATION:
व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

3000X12 = 36000

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई 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 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 के साथ सम्बन्ध
1.	RAJINA BIBI	75	F	SELF
2.	SERAJUL KHAN	41	M	SON
3.	SAREK ALI	35	M	SON
4.	ROHIMA BIBI	29	F	DAUGHTER
5.	RAJMA BIBI		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 को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को 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 (SICS + IOL)

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 जो गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: **अवेरक हुन घोषणा छै,**
 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. **मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया गया है, तो मेरी आवेदनपत्र और सहायता, यदि कोई हो, खारिज/रद्द करने योग्य होगी।**

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.

2) I solemnly confirm that assistance, as received from Karmaveer Chaudhary Charitable Trust, was requested by me.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवाद एवं कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निषेध की जा सकती है।

2) श्री दुगा जे साधना एमि "कालिका कवचम", से ली जा रही है, उसका उपयोग करते उद्योग को पूर्ण के लिये किया जायेगा, या इस प्रकार से भी नही है।

3) मैं पृष्ठ कहता हूँ कि जिस सभ्यता से वह जर्मन को माँ है, उस सभ्यता का अस्तित्व या अस्तित्व विन्यास किसी अन्य आत्मनिर्देशक/क्रोम कल्पना से न हो सकिता है और न ही प्रक्रिया में लुप्त।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 Kashiya Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर मानने हस्ताक्षर या ओपन की छाप सप्रकार, मैं (आवेदक) अपनी संपत्ति को पूर्णतः दे दे। "कांतिशा फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करा है कि वे यह मामला, प्रशा, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कांतिशा" जवन नामों, रंग, संख्या/संख्या और उद्देश्य से मुझे परिवर्तित करें और इसलिये के लिये किसी भी प्रकार माफ्यन करें। मैंने अपने को लिख दिया है। मेरे पास का विवरण में जलज के पत्रों या कर में कर के लिए "कांतिशा फाउंडेशन" के नाम से अधिकृत है।

2) मैं (आदेशक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, बीजे और विवरण के बिना प्रस्ताव के व्यक्तीयों से ग्रहित है। मुझे स्पष्ट: सहायता का हकदार नहीं बनना। इस सम्बन्ध में "कोसिका" सूचक उसके नियमों का निर्माण अतिरिक्त और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेदक के उत्तराधिकार या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कबूल)

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 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 अविश्वस, इसलिये की और से मामले/रोगी को "आधिका पाठ्यक्रम" से विविध सहायता हेतु निम्नलिखित को जारी है, जिले डम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से कार्य न कोशिश करो है।

1) यह कि व से कार्यन और व की धारणा में विविध सहायता किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से प्राप्त होती/माफती में लेने का ले रहे है, जैसे कि हमने "कॉरिडोर फाउंडेशन" से निवारण/विपत्ति रक्षा के संबंध में "कॉरिडोर फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉरिडोर फाउंडेशन" द्वारा सहायता विपत्ति अतिरिक्तकाल हेतु मजदूरी नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद प्राप्त होगी/माफती हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका पाठव्यवस्था" से तो यह साफ़ता होकर दिखित प्रकृति की है। रंगी व हल्का-हल्का रंगों से रंगे हुए कोशिकाओं का चित्रण रंगी एवं हल्का-हल्का रंगों का विषय है और "कोशिका पाठव्यवस्था" का कोई ऐसा नहीं है। इसीलिए हल्का-हल्का रंगों के द्वारा प्रकृति और अपने रंगों की सारी विशेषताएँ रंगी एवं हल्का-हल्का रंगों और "कोशिका" की कोई प्रकृति व विशेषता इस समझ में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृतो ऋ मिषः संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

28/09/25

Dr. Shishashis Das
Director
M.B.B.S., M.S. (Gold Medalist)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हाथ का नम व हस्ताक्षर य प्रि. न.

Optom Awhijt Das

Senior Program Officer,
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Sankara Jayasree Institute

नाम व पद हस्ताक्षर अभिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आसी हस्ताक्षर ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासे प्रमाण 2

2018