

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1124/1175 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE 11/11/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: AMALA DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS 69 वयस वर्ष	SEX F लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NEPAL DAS पिता/पति का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Bachra Mohanpur, Minakhan, N24 Pgs. #4/3456 WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				 	
OCCUPATION : UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : 5000 X 12 = 60000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. : आयदाता 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 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 सम्बंध	
1.	AMALA DAS	69	F	SELF	
2.	BISWANATH DAS	45	M	SON	
3.	TRIBASANDI DAS	40	M	SON	
	RATHIKANTA DAS	38	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि 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) एरेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गये विनयी का वर्णन:					
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 ली 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 rejection/cancellation.

- [illegible]

I, By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 its 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. (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.

- [illegible]

अर्थशास्त्र के समन्वय या अर्थशास्त्र के नियम



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patients 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.

1) यह कि वे जो व्यक्ति और वे ही व्यक्ति ही निम्नलिखित की शर्तों के तहत (इम्प्लायर्स) निम्न प्रकार से कार्य कर सकते हैं।

1. यह कि न तो संस्थान और न ही व्यक्ति में विधिक सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से प्राप्त होती/करावते में होने या नहीं है, किंवा कि हमने "कोलिका कान्टेनर" में निमादिश विधिगत उक्त के सम्बंध में "कोलिका कान्टेनर" द्वारा प्रस्तुत हेतु कि है। यदि "कोलिका कान्टेनर" द्वारा प्राप्त विधिगत आनिधायकता हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो सम्प्रदाय किन्हीं अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से प्राप्त होने पर अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे पर जवाब दिया जाता है कि सम्प्रदाय किसी प्रकार उक्त ऐतिहासिक हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेती।

2. "बोरिसका काउन्डेशन" से तो कई महत्वाकांक्षित विधियाँ प्रकट की हैं। रोमी का सम्बन्ध इस दो गई समझ पर विनियमित था, यद्यपि प्रक्रिया का चुनाव रोमी एवं सम्बन्धित को बीच का विषय है और "बोरिसका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकाश का कोई प्रयत्न नहीं है। इसलिए सम्बन्धित में रोमी के अन्तर्गत प्रकाश और जाने जाने की सारी विनियमों रोमी एवं सम्बन्धित की होती हैं और "बोरिसका" को कोई प्रमाण या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृति के लिए संलग्न

Date of Surgery अर्पण की तारीख 11/6/24	Director M.S. (Gold Medalist) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप दें	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर और मुद्रा अतिथि
FOR INTERNAL USE of KSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
		