

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या : K/070/0847

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि: 12/07/10

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम ARATI SARDER

AGE-YEARS वय-वर्ष 63  
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/स्त्री का नाम RANJAN SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासन स्थान पाठ  
BHATTIDAH, MALLIKDARA, SABHARTA, AGRARHATHI,  
SANDESHKHALI, NORTH 24 PARGANA 703320  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वासन स्थान पाठ

— AS ABOVE —

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.



OCCUPATION:  
अवश्य

House Wife.

MARRIED (मिहिं) / UNMARRIED (अमिहिं)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

Rs 1800 x 12 = 21600/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष संतान)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
मैं आप जरूर कर रहा हूँ (जो मन्य हो उस पर सही का विवर सहित)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	ARATI SARDER	63	F	SELF
2	RANJAN SARDER	50	M	HUSBAND
3	NITAI SARDER	09	M	SON
4	YAMTA MONDAL	24	F	DAUGHTER
5	MHMATA MONDAL	33	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनाशी आवारण

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ जीव संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अव वर्ग इकान पत्र (प्रमाण पत्र की साथ जीव संतान की)	Ration Card (Attach Copy) उपचारका कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ जीव संतान की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु लिये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हाँडिटर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE	
2. SURGERY - RE (CICS + 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 सी गई सहायता रुपये

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पेलेंट द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार रखे रखे रही हैं। यदि कोई विवरण एवं काम अवश्य रख रहा है तो ऐसी जानकारी निश्चित की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता या "कोशिका पाठ्यनामान", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकाश में दिया रखा है।
- 3) मैं युक्ति करता हूं कि विस जानकारी से उपर्युक्त की गई है, उस गति का अंतिम रूप जबकि विस जानकारीकारीया कामनी से न हो निश्चय है और न ही अधिकार में सैद्धांतिक रूप से उपर्युक्त की गई है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा करना)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर अप्पेलेंट द्वारा जानकारी की जाए जानकारी, मैं (अप्पेलेंट) अप्पेलेंट जानकारी को युक्ति करता हूं कि "कोशिका पाठ्यनामान" जो अधिकृत करता हूं कि मैं यह नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में प्रदर्शित है, उसे "कोशिका" द्वारा नामाने, दान, बचावकारी दूषण उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये कियी जी इसका अधिकार में प्रदर्शित करने के लिए अप्रिकृत है। ये उपर्युक्त का विवरण मेरे इतने के लाले या लाले ये कामों के लिए "कोशिका पाठ्यनामान" द्वारा नामानी अप्रिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस रूप से जानकारी से दिये गए नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि जानकारी के उपर्युक्त से प्राप्तिरूप है युक्ति सहज़ जानकारी का उपयोग नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उपर्युक्त जानकारी का निर्देश अंतिम और जानकारी होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
अप्पेलेंट के इन्स्ट्रक्षन वा अंगूठे का विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पित द्वारा करना)**

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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत, जानकारी की ओर से जानकारीयों को "कोशिका पाठ्यनामान" से विविध जानकारी हेतु विकलित की जाती है, जिसे हम (हास्पित) निम्न उपरांत से यथा या स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न ही चाहिये मैं विविध जानकारी कियी गई जानकारी संस्करण वा विकलित अन्य संस्करण से उत्तम धैर्यान्वयन से लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पाठ्यनामान" से सिविलियरी/विशेष उपरांत के सम्बन्ध में "कोशिका पाठ्यनामान" द्वारा यदर हेतु किया है। यदि "कोशिका पाठ्यनामान" द्वारा जानकारी विकलित अन्य गैर जानकारी संस्करण या विकलित अन्य संस्करण से जानकारी सुनें का अधिकार युक्तिरूप रखता है। इस युक्ति में स्वयं कहा जाता है कि जानकारी उपरांत धैर्यान्वयन से लेनी सकती है।

2. "कोशिका पाठ्यनामान" से ली गई जानकारी को जानकारी विविध प्रकृति की है। ऐसी पा उपरांत द्वारा ये गई जानकारी विविध प्रकृति का विवरण है और "कोशिका पाठ्यनामान" द्वारा कियी प्रकृति का कोई उत्तर नहीं है। अतिरिक्त हास्पित में ऐसी के इतने सुना और अन्य कारों को जानकारी देने वाले उपरांत अधिकृत अधिकारी भी होंगे और "कोशिका" जो सोर्ट खूपिका या विवरणोंही इस जानकारी में जारी होंगे।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
अधिकृती के लिए संस्कृति

Dr. Dhananjay Bagchi  
Director

Birla Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद हास्पित अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंतिम दिन की तिथि  12/4/19	Dr. Dhananjay Bagchi Birla Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हास्पित का नाम व हास्पित का रुप. न.	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तर्रांग उपर्युक्त हैं।
---	---	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हास्पित 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी हास्पित 2