

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)		 Koshika Foundation Building block of life							
APPLICATION No.: आवेदन संख्या		M/1022/0420		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि		19/10/22					
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		CHARUHAS SARDESAI		AGE-YEARS वय-वर्ष		60		SEX लिंग		M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम		KAMLAKAR SARDESAI									
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता		27/B, RATAN BABU ROAD, COSSAPORE, KOLKATA - 700002, WEST BENGAL									
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता		— AS ABOVE —									
OCCUPATION व्यवसाय		UNEMPLOYED				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		NIL				(Attach Proof of income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)					
PAN No. (यदि उपलब्ध है)											
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes / NO हां / नहीं									
FAMILY DETAILS (जोड़वा 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 संबंध							
1.	CHARUHAS SARDESAI	60	M	SELF BROTHER							
2.	PRATIK KUMAR ROY	53	M								
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न 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 सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:											
Sr No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न										
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE										
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)										
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे 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.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashiwa 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 खोपड़ा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण पेट्री जासकरी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग पाया जाता है तो पेट्री सहामता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो प्रमाण पत्र "ज्योसिका काउन्टरटेम" में ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में क्या गया है।
- 3) मैं प्रतिबद्ध हूँ कि जिस मर्राणा की जा जा शर्तों को यह है। उस पत्र का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य डॉक्यूमेंटेशन/वीडियो क्लिप में न जो लिया है और न ही भविष्य में ली।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-on/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) 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मोहरा की आवश्यकता नहीं है। (अवसरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका काउंटिंग और इसके व्याख्याएँ" को अधिभूत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, इसे "कोशिका" समूह, व्याख्या, राय, सम्मेलन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिभूत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" में व्यापक अधिभूत है।
- 2) मैं (अवसरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहजता से उद्देश्य में प्रार्थित है मुझे स्वतः, सहजता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उपाय व्याख्याओं का निर्माण करेगा और आवश्यकता होगी।

आवश्यक है इन्हें प्रमाणित करने के लिए



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 अधिकृत हस्ताक्षर की उद्देश्य से मायलेखों को "कारिका मायलेखन" से चिह्नित महापत्रा हेतु विचारार्थ को जारी है, जिसे हम (इन्साल) विधि प्रकाश से मान्य व प्रमाणित करते हैं।

१. यह कि न तो सार्वजनिक जीवन में ही सार्वजनिक में स्थिति सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्त से उच्च रंगी/भासने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका काउन्डेशन" के मिशन/विशेषी-उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा मदद देना कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सम्बन्धित हेतु मन्दिर नहीं किया जाता है तो सम्बन्धित किसी अन्य या साकारों संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित विशेष पर उच्च रंगी/भासने हेतु किसी भी साकारों संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।
२. "कोशिका काउन्डेशन" में ली गई सहायता केवल वैधानिक प्रकृति की है। रंगी या सम्बन्धित द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपकरण/इन्जिन का शुल्क रंगी एवं सम्बन्धित को रंगी का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायब नहीं है। इसीलिए सम्बन्धित में रंगी के इलाक़ सुरक्षा और लेने करने को सारी जिम्मेदारी रंगी एवं सम्बन्धित की होती और "कोशिका" की कोई भी सहायता या बिम्बेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery अस्त्रोच्छेद की तारीख 19/10/22	Dr. Shishir Das Director M.D.B.S., M.S. (Gold Medalist) Reg no. 71035 NMC (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व पंजीकरण नं. रजि. नं.	OPTOM. ANURAG D.S. Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKAR ANURAG D.S. ज्य. व. प्र. हस्तशल्य अभिकर्ता अधिकारी
--	--	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 2