

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K10618/0518

APPLICATION DATE: 11/06/18

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम LATIKA SARDERAGE-YEARS वय-वर्ष 55  
SEX लिंग FFATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पितृ/स्त्री का नाम NAGAN SARDERPRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक स्थान जावाहरपुर पट्टा  
JOYKALPALPUR, NORTH 24 PARGANAS, 743446,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्थायी वास्तविक स्थान

— DS ABOVE —

OCCUPATION: व्यवसाय HOUSE WIFE

MARRIED (प्रधित) / UNMARRIED (अधित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक व्याप

NIL

(Attach Proof of Income)  
(व्याप का साक्ष चिन्ह)

PAN No. अपाई चाल संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
मम जरा जाय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चय लगाये)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.	LATIKA SARDER	55	F	SELF
2.	PANCHANAN SARDER	53	M	HUSBAND
3.	DISHAANI SARDER	29	M	SON
4.	ANITA SARDER	30	F	DAUGHTER
5.	ANITA SARDER	29	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विचारित अधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गठिती रेता के नीचे इच्छा पर (इच्छा पर की जाय भी संलग्न की)	जनन अवास की इच्छा पर (इच्छा पर की जाय भी संलग्न की)	उपलब्ध कार्ड (इच्छा पर की जाय भी संलग्न की)	

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये विचारी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हाँसियर से लाए और गई ड्रॉगोंसेन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS-CITARACHET-RE
2.	SURGERY- RE (SICESTION)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गये सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पिकेंट द्वारा घोषणा करें।

- 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 हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण ऐसे बनकरते हैं जैसे कि मैं उन्हें इस तरह देता हूँ। यदि कोई विवरण ऐसे करता जाता है तो मैं उन्हें बदला दिया की जा सकता है।
  - 2) मैं इस द्वारा घोषित की गयी "कोशिका प्राप्तिवेत्ता", से लौटा जाता है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की दृष्टि से दिया जाएगा, जो इस प्रकार में आवश्यक है।
  - 3) मैं दुष्ट करता हूँ कि यदि मानवता हेतु यह प्रयोग की गयी है, तो यह कि कोशिका यह काम विवरण विवरण की अन्य स्रोतोंसे भिन्न नहीं है तो दिया है और न हो खोल्ने में दृष्टा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्पिकेंट द्वारा कराया)**

- 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 फॉर्म पर मर्जनी बनावट का अंदर की प्राप्त तात्पुरता, मैं (अप्पिकेंट) अपनी समन्वय की दृष्टि करता हूँ कि "कोशिका प्राप्तिवेत्ता और उद्देश्य" को अधिकृत करता हूँ कि मैं यह कर, परन्तु वही यहे विवरण इस प्रकार में प्रतीक्षित है, जो "कोशिका" एवं न्यायी, धर्म, बालवाचन द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उद्देश्यवाले के दिये गये हैं जो उनका नाम्यवाचन से प्रत्यक्षित करते हैं तिने दिया गया वाचन में इसका बाते यह कि मैंने उन्हें दिया "कोशिका प्राप्तिवेत्ता" व न्यायी अधिकृत है।
  - 2) मैं (अप्पिकेंट) इस काम से सहमत हूँ कि मैंने नाम, पता, जाति वीं विवरण जो कि मानवता के उद्देश्यों से जुड़ी हैं दृष्टि स्थापित किया है जूँच लेता; मानवता का उद्देश्य जीव कराता। इस प्रकार में "कोशिका" एवं उनके न्यायी का विवरण अंतिम और बास्तविक होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अप्पिकेंट द्वारा बनावट का अंदर का विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कराया)**

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.

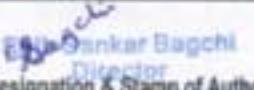
इन्होंने अधिकृत, बनावटी की नींव से सहमतीदों को "कोशिका प्राप्तिवेत्ता" से दिया गया मानवता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हाथ (बालवाचन) द्वारा दिया गया वाचन में सम्मान द्वारा कराया जाता है:

- 1) यह कि मैं लौटाने वाले वही भूमिका में दिया गया मानवता किया गया जो बालवाचन के विवरण में उक्त उद्देश्यवाले में लौटा जा सकता है, जो यहे दिये गये "कोशिका प्राप्तिवेत्ता" से दिया गया विवरणी उक्त के मानवता में "कोशिका प्राप्तिवेत्ता" हाथ द्वारा है। यदि "कोशिका प्राप्तिवेत्ता" हाथ द्वारा दिया गया विवरण उक्त उद्देश्यवाले हेतु मन्तु यही विवरण जाता है तो उक्त विवरण उक्त वाचन में सम्मान द्वारा कराया जाना चाहिए अन्य सम्मान से जुड़ी उपरांती।

2. "कोशिका प्राप्तिवेत्ता" में लौटा गया मानवता का विवरण उक्त की गयी है: यहीं पर इसका हाथ द्वारा दिया गया वाचन में लौटा गया मानवता का विवरण उक्त की गयी है: इसीलिए इसका नाम दिया गया है और उन्हें जाने की सही विवरणी दियी गयी है इसका नाम दिया गया है और "कोशिका" की दृष्टि भूमिका यह विवरणी दिया गया है जो लौटी है।

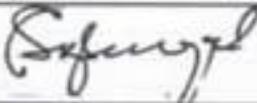
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संक्षेप

Date of Surgery अंतिम दिन की तिथि  11/06/18	 Dr. Arindam Deb MBBSc-DO, FRCS Registration No.: 58096 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp/Cert.) डॉ. अर्नदम देब नाम व रजिस्ट्रेशन नं. दर्शाता है।	 Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. संकर बग्ची नाम व उपचार नियंत्रक अधिकारी की दृष्टि स्थिति।
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION बनावट का उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हाथापात्र 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हाथापात्र 2

