

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

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0119/2336  
संवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 07-01-2019  
संवेदन तिथि:

NAME OF APPLICANT:  
परामर्शक का नाम: ANECH SARDAR

AGE-YEARS: 61  
वय-वर्ष: 61

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

SEX: M

**Koshika**  
foundation

Building block of life



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक स्थान

HARILALI JEWELLERY, PDEM O CHUNKHALL,  
BISWALI, SOUTH 24 PARGANAS 743335  
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्तित्व स्थान

— AS ABOVE —

OCCUPATION: UNEMPLOYED  
पेशी

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL.  
कुल वार्षिक व्यय

PAN No. एचआईटी नंबर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):  
मैं इन जरूर का यह हूँ (जो सब हो उस पर सही का विवरण लगायें):

Yes / No  
हाँ / नहीं

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

(Attach Proof of Income)  
(अपने का साध्य संदर्भ)

**FAMILY DETAILS** परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant परामर्शक के साथ संबंध
1.	ANECH SARDAR	61	M	SELF
2.	AMER SARDAR	57	F	WIFE
3.	RAEFUL SARDAR	37	M	SON
4.	SAFERUL SARDAR	37	M	SON
5.	ANANDA SARDAR	26	F	DAUGHTER
6.	MONYAHEERA SARDAR	24	F	DAUGHTER
7.	CHOKITA SARDAR	25	F	DAUGHTER
8.	SENICA SARDAR	20	F	DAUGHTER
9.	SABITA SARDAR	19	F	DAUGHTER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विविध ग्रन्थ

SPL Card (Attach Card Copy) एसपीएल के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति भी संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएसएस के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति भी संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाति भी संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कीमि ग्रन्थ

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

सहायता हेतु किसी गर्व विवाही का दर्शराप:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वास्तविक दृष्टिकोण से जारी की गई और विवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - R.
2.	SURGERY RE (SICS + IOL)
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	
31.	
32.	
33.	
34.	
35.	
36.	
37.	
38.	
39.	
40.	
41.	
42.	
43.	
44.	
45.	
46.	
47.	
48.	
49.	
50.	
51.	
52.	
53.	
54.	
55.	
56.	
57.	
58.	
59.	
60.	
61.	
62.	
63.	
64.	
65.	
66.	
67.	
68.	
69.	
70.	
71.	
72.	
73.	
74.	
75.	
76.	
77.	
78.	
79.	
80.	
81.	
82.	
83.	
84.	
85.	
86.	
87.	
88.	
89.	
90.	
91.	
92.	
93.	
94.	
95.	
96.	
97.	
98.	
99.	
100.	
101.	
102.	
103.	
104.	
105.	
106.	
107.	
108.	
109.	
110.	
111.	
112.	
113.	
114.	
115.	
116.	
117.	
118.	
119.	
120.	
121.	
122.	
123.	
124.	
125.	
126.	
127.	
128.	
129.	
130.	
131.	
132.	
133.	
134.	
135.	
136.	
137.	
138.	
139.	
140.	
141.	
142.	
143.	
144.	
145.	
146.	
147.	
148.	
149.	
150.	
151.	
152.	
153.	
154.	
155.	
156.	
157.	
158.	
159.	
160.	
161.	
162.	
163.	
164.	
165.	
166.	
167.	
168.	
169.	
170.	
171.	
172.	
173.	
174.	
175.	
176.	
177.	
178.	
179.	
180.	
181.	
182.	
183.	
184.	
185.	
186.	
187.	
188.	
189.	
190.	
191.	
192.	
193.	
194.	
195.	
196.	
197.	
198.	
199.	
200.	
201.	
202.	
203.	
204.	
205.	
206.	
207.	
208.	
209.	
210.	
211.	
212.	
213.	
214.	
215.	
216.	
217.	
218.	
219.	
220.	
221.	
222.	
223.	
224.	
225.	
226.	
227.	
228.	
229.	
230.	
231.	
232.	
233.	
234.	
235.	
236.	
237.	
238.	
239.	
240.	
241.	
242.	
243.	
244.	
245.	
246.	
247.	
248.	
249.	
250.	
251.	
252.	
253.	
254.	
255.	
256.	
257.	
258.	
259.	
260.	
261.	
262.	
263.	
264.	
265.	
266.	
267.	
268.	
269.	
270.	
271.	
272.	
273.	
274.	
275.	
276.	
277.	
278.	
279.	
280.	
281.	
282.	
283.	
284.	
285.	
286.	
287.	
288.	
289.	
290.	
291.	
292.	
293.	
294.	
295.	
296.	
297.	
298.	
299.	
300.	
301.	
302.	
303.	
304.	
305.	
306.	
307.	
308.	
309.	
310.	
311.	
312.	
313.	
314.	
315.	
316.	
317.	
318.	
319.	
320.	
321.	
322.	
323.	
324.	
325.	
326.	
327.	
328.	
329.	
330.	
331.	
332.	
333.	
334.	
335.	
336.	
337.	
338.	
339.	
340.	
341.	
342.	
343.	
344.	
345.	
346.	
347.	
348.	
349.	
350.	
351.	
352.	
353.	
354.	
355.	
356.	
357.	
358.	
359.	
360.	
361.	
362.	
363.	
364.	
365.	
366.	
367.	
368.	
369.	
370.	
371.	
372.	
373.	
374.	
375.	
376.	
377.	
378.	
379.	
380.	
381.	
382.	
383.	
384.	
385.	
386.	
387.	
388.	
389.	
390.	
391.	
392.	
393.	
394.	
395.	
396.	
397.	
398.	
399.	
400.	
401.	
402.	
403.	
404.	
405.	
406.	
407.	
408.	
409.	
410.	
411.	
412.	
413.	
414.	
415.	
416.	
417.	
418.	
419.	
420.	
421.	
422.	
423.	
424.	
425.	
426.	
427.	
428.	
429.	
430.	
431.	
432.	
433.	
434.	
435.	
436.	
437.	
438.	
439.	
440.	
441.	
442.	
443.	
444.	
445.	
446.	
447.	
448.	
449.	
450.	
451.	
452.	
453.	
454.	
455.	
456.	
457.	
458.	
459.	
460.	
461.	
462.	
463.	
464.	
465.	
466.	
467.	
468.	
469.	
470.	
471.	
472.	
473.	
474.	
475.	
476.	
477.	
478.	
479.	
480.	
481.	
482.	
483.	
484.	
485.	
486.	
487.	
488.	
489.	
490.	
491.	
492.	
493.	</

DECLARATION by APPLICANT: અર્પણ દ્વારા ખેલણ પત્ર:

- 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 प्रकाश करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी एवं अनुमति वाले थे/थी हैं। यदि कोई विवरण ऐसा बदलना चाहता है तो मैं उसी सहायता विवरण की जगह दें।

(2) मैं इस विवरण में "सहायता प्राप्तवार्ता", में दी गयी है, उसका उपर्युक्त सभी उत्तरण वीरुती द्वारा दिया गया था, जो इस प्रकाश में था/थी है।

(3) मैं अपने वास्तव में यह गोपनीय की नहीं, उस सूची का अनुसार यह विवरण विभिन्न व्यक्ति का स्ट्रॉटेजिकल समर्पण है जो कि वे ने मैंने दिया है और वे इस सूची में सूचित हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (see § 89(2)(b))

- 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 virtual, 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्राप्ति पर आपकी हस्ताक्षर या जाहिं जी का साक्षरता, मैं (आवेदक) आपकी सहायता को उपर्युक्त रूप से "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायिक" को वर्गीकृत करता हूँ कि मेरे नाम, जाहिं जी को विस्तृत इस प्राप्ति में शामिल है, यद्यपि "कोशिका" एक नामांक, चार, वाक्यांश तथा शर्तीय से युक्ती वर्णितियाँ और उपलब्धियाँ के लिए जिन्हीं जी प्राप्ति वालम् दे प्राप्ति करने के लिए वर्गीकृत हैं। मेरे प्राप्ति का विस्तृत नाम या जाहिं जी का नाम में लिए "कोशिका फाउंडेशन" का नामी वर्गीकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, जाहिं जी और विस्तृत ये कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी है तुम्हें जाना: सहायता का हस्ताक्षर जी का साक्षरता इस सम्बन्ध में "न्यायिक" नाम उपर्युक्त या विशेष अधिकारी और वाक्यांशीली होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[View all comment on this on Digg](#)



AGREEMENT by HOSPITAL (PPS000 to 400)

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.

इसका अर्थात्, व्यापकीय की ओर से व्यापकोंपीय को "व्यापक फलन-दृष्टि" से विद्यमान व्यापक ही विद्यमान की जाती है, जिसे उपर (उपरांक) विद्यमान व्यापक से व्यापक व्यापकता कहते हैं।



<sup>2</sup> "संविधान सम्बन्धी" में दी गयी वर्णन संबंधी विषय अद्वितीय ही है। ऐसी पर इसका अपार ही एक असली विषय है जो विभिन्न ग्रन्थों द्वारा उल्लेख किया जाता है।

जीवों का विषय है तो “स्ट्रेस यांत्रिकी” द्वारा जिसी प्रकार का जीवों पर लकड़ी है। स्ट्रेसी इन्स्ट्रुमेंट में दोनों के इलाज युक्त और दोनों को जीवों विशेषज्ञता दोनों एवं अपनी विशेषज्ञता में जड़ी गयी हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery बीमारी की तिथि	Dr. Alok Agarwal M.S., M.R.C.P. (U.K.)  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) एसएसटी वा एम बी इंसिट्यूट ऑफ डॉक्टर्स, नई दिल्ली	 <b>Shri Sankar Bagchi</b> <i>Director</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) एम बी एस इंसिट्यूट ऑफ डॉक्टर्स
07-01-2019		

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION कोशिका ट्रस्ट

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नवारी इस्तेहार ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नवारी इस्तेहार 2
	