

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



pre op Post op  
3104 Tharna Mandat

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0126/3104** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **9/1/26**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Tharna Mandat** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **55** SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम : **S/O Niranjan**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : **N 13 - 313/ C/7 West Masamdal N.S. Road**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : **NEW BARHACKPUS, Ward NO-7, West Bengal**

OCCUPATION : व्यवसाय : **Cookie** MARKED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **22,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): इस आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे) Yes / No हाँ / नहीं  No

**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 संबंध
<i>(Handwritten signature)</i>				

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये विनति आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Copy) एटीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery LE cataract + PCIOL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता एगि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का उद्देश्य है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु अब तक अन्यत्र से कोई भी धन प्राप्त नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करें)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" दान, जागरूकता, धर्म, स्वास्थ्य/रक्षा के लिये उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी सहायता के लिये या मेरे कर्तव्य के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों के अंतर्गत ही प्रकाशित किया जा सकता है और न ही भविष्य में करूँगा। "कोशिका" दान, जागरूकता, धर्म, स्वास्थ्य और स्वास्थ्यकर्मियों को प्रभावित करेगा। इस संबंध में "कोशिका" दान, जागरूकता, धर्म, स्वास्थ्य और स्वास्थ्यकर्मियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



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

- 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 ओर से भवभावितों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी-व्यक्ति या किसी अन्य रोगी के लिये प्रदान की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/प्रदान नहीं की जाती है तो हमें सहायता हेतु किसी अन्य सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अर्थ में यह उद्देश्य है कि सहायता वित्तीय स्वरूप में प्रदान की जायेगी और रोगी/रोगी-व्यक्ति को सहायता हेतु सिफारिश करने का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का उद्देश्य है, जैसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा ही यह सहायता प्रदान की जायेगी और उद्देश्य/उद्देश्यों का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल के रोगी के इलाज सुरक्षित और आने वाले को सही विनिर्देशों देते एवं हॉस्पिटल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी धन या विनिर्देशों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  9/1/26	Dr. PREETHI. B.K. M.B.B.S. DO, FIGO, FPOS Specialist Consultant and Pediatrician (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) राज्य का नाम व हस्ताक्षर के साथ 9/1/26	Mr. LAKSHMIPATHI N (Name, Senior Manager of Authorised Signatory on behalf of Hospital) OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL आनंदपुर, बंगलूर 9/1/26
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (A unit of Shraddha Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1  	Vasanth Kumar Bangalore-52 न्यायी हस्ताक्षर 2  
--	--