

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

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

13/0125/3359

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

28/1/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gargamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

spal doobaningsah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Harsakatti Kalkere (P) Taluk  
Kathakata

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



pre op - post op  
3359 - Gargamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

PAN No. यहाँ खाली छोड़ें

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

**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
1	Dadda stingasah	51	M	Husband
2	Dadbasah	52	M	Son

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

BPL Card  
(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा 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)

उपभोगका कार्ड  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

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 - PE - cataract LE - cataract
2	Surgery - LE - cataract + PCOL

**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 लिया गया सहायता राशि
1	DBCI	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अशुद्ध पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड लेना है और न ही भविष्य में लूंगा।

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

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उनके "कोशिका" एम्प. न्यायो. दान, कथन/या दूसरे उद्देश्य में मुझे नर्तकियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्च या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायो. अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प. उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करार)

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, हस्पताल की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा परर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन अंतिम/स्वीकार हेतु पत्रका नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई मासख या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Mr. Lakshmi Pathi N**  
Manager Outreach  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shradha Eye Care Trust.)  
# 16/M, Thimmiah Road, Miller Test Area  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**Dr. Laxmi Dorenav...**  
MBBS, MS, FPRS, FICP  
Consultant & Registrar with Speciality  
इन्टरनल मेडिसिन व प्रतिक्रिया

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
22/1/25

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायो. हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायो. हस्ताक्षर 2

*[Signature of Trustee 1]*

*[Signature of Trustee 2]*