

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0124/1135** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **14/01/2024**

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम: **M YOGESHWARJ** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **59** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **KANDULA APPARAO**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **38/1, S.S PATH, BANSBAGAN, TITAGARH(M)**

**NORTH 24 PARGANAS, T40119, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **AS-ABOVE**



OCCUPATION / उद्योग: **FLOWER STALL** MARRIED (दाम्पत्य) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **800 X 12 = 9,600 ₹** (Attach Proof of Income) / आय का प्रमाण (संगत करके संलग्न करें)

PAN No. / पैन संख्या: **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (को सही ढंग से टिक करें या नहीं का विकल्प दें): **Yes / 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 / आवेदन के साथ संबंध
1	M. YOGESHWARJ	59	F	SELF
2	MOHINI APANNAN	42	F	DAUGHTER
3	BHARTI WARI	39	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विधि (अपना विकल्प चुनें)

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सुची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE(SICS F.I.O.L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य को 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 / ली गई सहायता राशि

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

- 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.
  - 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.
  - 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 प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस प्रारूप के लिए प्राप्त की गई है, उस राशि का आर्थिक या वित्तीय विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - 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) कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" फाउंडेशन, पत्र, प्रचारपत्र, दूरदर्शन से सुदीर्घ गतिचित्रों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। कोशिका फाउंडेशन को इसका उपयोग करने के पहले या बाद मे जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार की सहायता से प्रभावित करने का अधिकार है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है, उसके द्वारा, सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" फाउंडेशन को सहायता के लिए अंतिम और बाध्यकारी अधिकार है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान:

*M. Yogeshwari*

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

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:

- 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.
- The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedures 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से नामलेखनी 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 सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं, यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यह पुष्टि करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा कोई भी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित है।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज के लिए चिकित्सा उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए कोशिका फाउंडेशन से सहायता के लिए प्रार्थना की है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>14/01/2024</b>	 <b>Dr. Shikha Das</b> M.B.B.S M.S. (Name of Dr & High. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ उच्च शिक्षण संस्थान का मुहर	 <b>OPTOM ANSHU DAS</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) <b>SANKARA EYE INSTITUTE</b> कोशिका फाउंडेशन के लिए हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 द्वारा हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 द्वारा हस्ताक्षर 2 
---	--