

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: K/0524/02-11  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE 18/05/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SHYAMALI ADAK  
आवेदक का नाम

AGE-YEAR 42  
वर्ष

SEX F  
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAMARESH ADAK  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MAHAKALHATI, MADRA, 711401 WEST  
वर्तमान आवासीय पता

BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE —  
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: HOME MAKER  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 X 12 = 48,000/-  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No.   
संघर्ष खाता संख्या

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  
हां / 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.	SHYAMALI ADAK	42	F	SELF
2.	SAMARESH ADAK	49	M	HUSBAND
3.	TUSHAR ADAK	16	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof जब कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SIOS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोतों से ली जा चुकी है?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शक द्वारा करना)

- 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 यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी प्रार्थना विना को वापस कर दी जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली मदद सही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से किसी भी प्रकार की राशि के लिए वापस नहीं किया है और न ही करियम में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शक द्वारा करना)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 any 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 का निशान देकर, मैं (अर्शक) यहाँ पर सहमत हो जाऊँगा कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अपेक्षित राशि के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, जो "कोशिका" फाउन्डेशन, उनके ट्रस्टियों, उनके सहायकों द्वारा इत्यादि से जुड़ी पहचान/सूचना को प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है। इस प्रारूप में प्रेषित जानकारी का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्य के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त होने वाली राशि का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" फाउन्डेशन के ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.
  - 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.
- इससे अधिकतर, हस्ताक्षर की ओर से सार्वजनिक रूप से "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रदाता से राशि न भीषण करती हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता हेतु अनुमति नहीं दी जाती है तो हमें अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता होगी। इस प्रारूप में हम घोषणा करते हैं कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज प्रदान की गई सहायता या वित्त पर हस्तक्षेप/निर्णय का चुनाव रोगी या हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार प्रणाली और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी या हॉस्पिटल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

<b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b> स्वीकृती के लिए संमति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>18/05/24</i>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">                   M.B.B.S.                  (Name of Dr &amp; Regn. No. with Stamp)                  डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर             </div> <div style="text-align: center;">                   OPTOM ANURAG DAS                  (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)                  SANKAR A YOGI INSTITUTE             </div> </div>
<b>FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION</b> (अंतर्गत उपयोग हेतु)	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 द्वितीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 द्वितीय हस्ताक्षर 2
	