

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0524/0222**  
आवेदन संख्या

APPLICATION DATE: **21/05/24**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **RANJANA SINGH**  
आवेदन का नाम

AGE-YEARS: **68**  
उम्र-वर्ष

SEX: **F**  
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **KALI PRASAD SINGH**  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **KATHKHALI SINGH PARA, DWARIE JUNGLE, SANDESHKHALI - II, NORTH 24 PARGANAS, HAZRAT, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**



OCCUPATION: **HOUSE WIFE**  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **6000 x 12 = 72,000**  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 से संबंध
1.	RANJANA SINGH	68	F	SELF
2.	BIKASH SINGH	41	M	SON
3.	RAJIN SINGH	36	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) एचपी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाक डाली संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एलएएस कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाक डाली संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ डाली संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

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

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

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिये गए है?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शिका द्वारा करना है)


- 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 यह कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लेमिंग या सत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2. मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कॉशिका फाउन्डेशन" से नहीं कह रहा हूँ। इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया है।  
 3. मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने भविष्य में पूर्ण रूप से, या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैंने सहायता की है, के लिए कोई भी भविष्य में क्लेमिंग नहीं करूँगा।

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

- 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 fulfilment 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 लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टियों" को मेरी पहचान, पता, फोटो और उस विवरण का प्रयोग करने में अधिकार हैं, जिसके लिए मैंने सहायता की है, जो "कॉशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से किया जा रहा है। इस प्रयोग में मेरी पहचान, पता, फोटो और उस विवरण का प्रयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।  
 2. मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने से मैंने सहायता की है, जो "कॉशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से किया जा रहा है। इसका उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है। इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा क्लेमिंग करने का अधिकार और अधिकार होगा।

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

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान





**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्ताक्षर 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से क्लेमिंग/रिपोर्ट को "कॉशिका फाउन्डेशन" के लिए सहायता हेतु सिफारिश करने वाली हैं, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।  
 1. यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/करने की कोशिश करेंगे, जो कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/रिपोर्ट प्राप्त की सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी परिस्थिति/समस्या हेतु प्रकृत नहीं किया जाता है तो हमसे प्राप्त किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रति में ज्ञापन करा जाता है कि सम्बन्धित व्यक्ति अपने उपचार/उद्देश्य हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई उपचार का विचार हमें हस्ताक्षर/प्रक्रिया का चुनाव पानी पर हस्पताल के बीच का विचार है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियाँ हमें ही हस्पताल की होंगी और "कॉशिका" की कोई भी जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन का तारीख  21/05/24	 M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इच्छा के नाम के हस्ताक्षर के साथ	 OPTOM. ANURAG DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKARA EYE HOSPITAL, BHUBANESHWAR
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अर्शिका के उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
