

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1219/2836** APPLICATION DATE : **09/12/19**

NAME of APPLICANT : **YADU KHAN** AGE-YEARS **58** SEX **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **MAJU KHAN**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **NEWDA, MURSHIDABAD 742123, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**

OCCUPATION : **UNEMPLOYED** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1800x12 = 21600/-** (Attach Proof of Income)

PAN No. **स्वतः प्राप्त संलग्न** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **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 आवेदक के साथ संबंध
1.	YADU KHAN	58	M	SELF
2.	MUJE BEBI	63	F	WIFE
3.	HADEJA BEBI	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: **पहायता हेतु किसे कसे दिवली का उद्देश्य:**

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा घोषणा पत्र)**

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाचन अशुद्ध पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त करूँगा, जो कि केवल घोषणा में दिये गये उद्देश्य के लिए ही प्राप्त की जा सकती है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रकरण के लिए, इस अथवा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम लेऊँगा और न ही रकम लेऊँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा स्वीकार)**

- 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी स्वीकृति के द्वारा "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है, जो कि केवल घोषणा में दिये गये उद्देश्य के लिए ही प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है, जो कि केवल घोषणा में दिये गये उद्देश्य के लिए ही प्राप्त की जा सकती है।

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

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

- 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 यहाँ दिये गये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करने का उद्देश्य रखते हैं, जो कि केवल "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए ही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता हेतु अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हम घोषणा करते हैं कि हमें सहायता हेतु किसी और स्रोत से सहायता प्राप्त करने का उद्देश्य नहीं है।
  2. "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन केवल रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इससे "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। अतः हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी और सुरक्षा प्रदान करने की पूरी ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Shib Sankar Bagchi

Director

Surat Eye Hospital & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Dr. Anvesha Manja

MBBS, MD, DNB

Reg. No. - 47273 (Karnataka)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

09/12/19

**FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोसेदार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोसेदार 2