

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **4/0325/2155**  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **9/3/25**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **SOVARANI DAS**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
<b>71</b>	<b>F</b>

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **GOBINDA BASAV**  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**MODEL COLONY, PUNE - 411016**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

**AS ABOVE**



OCCUPATION: **FOOD STALL**  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **5000 x 12 = 60,000/-**  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आप का सबूत संलग्न)

PAAN No. स्थाई 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 चिह्न लगावे)

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 साथ सम्बंध
1.	<b>GOVA RAVI DAS</b>	<b>71</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>PHAN DANJOY</b>	<b>49</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>

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

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"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.	<b>DIAGNOSIS - CATARACT (LE)</b>
2.	<b>SURGERY - LE (SICESTROL)</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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:**

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन अक्षय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्रित किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि किसी सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का व्यय किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो सके।

**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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् व्यापार, पत्र, मानचित्र/चित्र, इत्यादि के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए और/या सूचनाओं को प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सके। इस प्रकार का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरी उपचार या मेरे उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन के उद्देश्यों के पूर्णतः पूर्ण करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके भ्रातृवर्ग 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)**

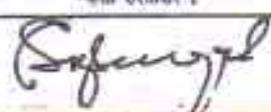
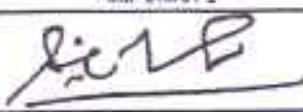
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रदान की जा रही है, जब तक कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हस्पताल को सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता को कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता से अलग-थलग है।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव केवल उपचार/प्रक्रिया का चुनाव के लिए ही किया जाता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपचार/प्रक्रिया का चुनाव केवल उपचार/प्रक्रिया के लिए ही किया जाता है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/09/25	Dr. Shibashis Das M.B.B.S.M.S (Name of Doctor/Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

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

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