

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0424/0021

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 5/14/24

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Remaathi A

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: P. Aramban

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
ERUMAY VAYAL Kattambath P.O
Chirakkal S.O Kanheer Kerala

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



Pre-op Post-op
0021 Remaathi A

OCCUPATION: व्यवसाय: Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 15,000/-

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

PAN No. स्थायी 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 सम्बंध

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"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 प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न
1	Diagnosis: RE cataract RE cataract Surgery: RE cut + P.I.O.L.

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
1	DBCS	2000/-

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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसरण प्राप्त एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमति प्रति "कोलिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में था।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहमति हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस प्रति का अधिक या अधिक हिस्सा किसी अन्य डॉक्यूमेंट/नोट/कॉपी/कॉपी से न ली गया है और न ही भविष्य में ली जायेगी।

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 प्रश्न का अर्थ इसप्रकार है कि जहाँ भी छात्र लगाकर, मैं (अन्वेषक) अपनी सहमति को दूँ कि वह "कोशिका फायंडेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता है कि वे वेग, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, वेग, वाक्यान्वय दृष्टि उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों को लिखें किसी भी प्रकार साक्ष्य से प्रभावित करने को लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण वेग इसका को पढ़ने या बात में करने को लिए "कोशिका फायंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (अन्वेषक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग वेग, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में उल्लिखित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आलेखक को इच्छाशा या अंगुष्ठ का निशान



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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिपति, हमराजारी को जोर से मारने/पीने को "कोशिका फाटने/भंग" से विधिवे सहायता देते मित्रादि की जाती है, जिसे हम (हमराज) विना प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कार्यपालन और न ही अधिकांश में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से उक्त ऐंगी/यामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से रिपब्लिकेशन/विनिर्माण उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी संशोधक/सहायक हेतु प्रचुर रही किफा जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सम्पादन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त ऐंगी/यामले हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐंगी या हमसाल द्वारा भी गई सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का प्रचुर ऐंगी पूर्व हमसाल से बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसाल में ऐंगी में इलाज सुझा और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी ऐंगी पूर्व हमसाल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी हम समय में नहीं होगी।

म्यूजिकली के लिए संयोजन

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorchavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant in Plastic & Reconstructive
KMC No 90244

M. Thimmashan
 Institute for Deafness & Eye Care
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
 on Behalf of Hospital)
 नमः व पर इत्यमल अर्पित अर्पित

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इमरतार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इमलावा २

Exchanged

Rich