

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.	
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	Blou 011-4	APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 30/10/26		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम :	puttamadammanni	AGE-YEARS वयः 56	SEX लिंग : F	 
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/स्त्रीजी का नाम :	K/o mallaraje one			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्त्रान् जावासीय पता		Dr B-08 POST OF OIL & puttamadamm		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : रसाई जावासीय पता		1C		
OCCUPATION : जब्बाज़ी	Housewife	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साझे संलग्न)		
PAN No., स्पाई खाता संख्या				
DE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): मैं अग्र ज्ञान कर दूता हूं (जो जान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)		Yes / No हाँ / 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 सम्बन्ध
①	Krishnaraje one	50/1	M	son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महापत्र के लिये विभिन्न आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गटीबी रेता के लिये प्रधान पत्र (प्रधान पत्र का लिये ग्राम पंचायत संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प ज्ञान वर्ग प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की ज्ञान प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रधान पत्र की ज्ञान प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महापत्र हेतु किये गए विभिन्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जुड़ी कोई गई आवेदन सूची संलग्न			
①	diagnosis	RE-cataract L1 cataract		
Surgery :- RE cat + PCOL				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य साधायत विभिन्न अन्य स्रोत से सिंच गया हो ?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED नई गई महापत्र राशी		
①	DBCS	8000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करा:

- 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 हूं कि इस फॉर्म में हिस्ते गये सभी विवरण भौतिकी के अनुसार सत्य रूप सही हैं। यदि कोई विवरण ऐसे बदल जाता है तो यही सहायता निरापत्ति की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जीवन की "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जीवन की जीवन की पूरी के लिए विवरण जारी, जो इस प्रकार में था रखा है।
- 3) मैं पूरी करता हूं कि यह सहायता हेतु यह जारी की गई है, उस तरीके का जीवन का सहायता दिलचस्पी जन्म स्थानियों/स्थानों से न तो लिया है और न तो नियम में गैया।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार पर आपने हस्ताक्षर या झंगटे की जाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहजीत की पूरी करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके सहायता" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और मेरे विवरण इस उत्तर में दर्शाये गए हैं, उसे "कोशिका" एवं जीवन, जन्म, सहायता दूसरे उद्देश्य से युक्ती गरिबियों और उपलब्धियों के लिए कियी गयी प्रक्रिया वाली से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्त का विवरण मेरे इलाज के बाहर या बाहर में आने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वाली अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है युक्त रूप से सहायता का हकदार जीवन करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञातियों का विविध अंतिम और व्यापकताएँ होती हैं।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या झंगटे का लिया गया।

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा करा)

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.

इन्होंने अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सहायता/योगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे इस (हस्पताल) द्वारा प्रकार से सम्बन्ध लगाया जाता है।

- 1) यह कि न से जीवन और व ही भविष्य में विविध सहायता कियी गई सहायता संसाधन या कियी गई सहायता में सौंपे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध जीवन के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यसदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध गतिविधि/सकल हेतु सम्बन्ध जीवा किया जाता है तो अस्पताल कियी आव्य या सहायता गंभीर या कियी जाने सम्बन्ध से सहायता हेतु या अधिकार गुणिता रखता है। इस पूरी में सम्बन्ध कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय घटन उसे गोपयाया हेतु कियी गई सहायता संसाधन या कियी गई सहायता में जीवी लेनदेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में यही गई सहायता कोकल विविध ग्रहण की है। यही पर अस्पताल द्वारा यही गई सहायता या किये गये उपचार/इकाइयां का खुलासे हेतु एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी गयी प्रकार का जोकिं दरबार नहीं है। इसलिये हस्पताल में यही के इताव सूचा और अनें जाने जीवी कियोगयी हैं। यही एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" की कोई गमीता या विवरणीय इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

संबोधित की जाने वाले संस्थान के लिए संक्षेप

**Mr. Lakshmi Pathi N**

Manager Outreach  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)  
# 1604, 1st Floor, Shivalik Apartments,  
Opposite Kishanpura, Sector 10, Chandigarh  
Name Designation & Serial No. of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंतिम की तारीख <i>30/4/24</i>	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Dr. <i>Rajesh D. Deshpande</i> KMC No. <i>90244</i>	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आवासिक उपयोग हेतु
---	--	---

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

नामी हस्ताक्षर :

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

नामी हस्ताक्षर :