

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	blo52410389	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	14/5/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	maha dwarama	AGE-YEARS वय-वर्ष:	60	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: जिताजी/स्त्री का नाम:	10/0 maria	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बासाना जोड़ासागर, पट्टा Changanath Street, Bhopal		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासाना पट्टा Kedarnath Colony, Post-Office, Bhopal - 462001		
OCCUPATION: आवेदक का काम:	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं) (Attach Proof of Income) (आप का साथ संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	—	Yes / No हाँ / नहीं		
PAN No. न्याइ एक्स्ट्रा संख्या:		FAMILY DETAILS: परिवार विवरण		
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	maria	64	M	husband
②	staga, aju	32	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार:				
BPL Card (Attach Card/Copy) गरीबी रेत की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत अद्वितीय संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अवश्यक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत अद्वितीय संलग्न करें)	Ration Card (Attach/Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत अद्वितीय संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवाही का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जल्दीकरण/दूषिकरण में जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①	DIAGNOSIS RC cut-acl AC cut-acl			
Surgery:- AC cut-acl RCL				
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 लो. रु. सहायता कीमत		
①	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 दिये गये मेरी विवरण ये तो जानकारी के अनुसार सत्य एवं यही है। यदि कोई विवरण ऐसे कठोर अमर्याप्य बाबत है तो उसे महापक्ष निरस की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जी महापक्ष द्वारा "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जा रही है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य को पूरी की तिथि किया जानेगा, जो इस फॉर्म में दिया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विस महापक्ष संदूँ वह प्राप्ति की गई है, उस प्राप्ति का वर्णन ये लकड़ी विभाग नियमों अनुसार खोली-घोषित/दीमा करनी से व तो लिया है और वही वर्णन ये गया।

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 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.
- 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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अपने की जान लाभकारी, मेरे (आवेदक) जनने जाहाजी की पुष्टि करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उपर्योगी" को अधिकृत करता हूं कि यह जन्म, जन्म, जन्म और जीवन इस प्राप्ति में जाहिर है, उसे "कोशिका" द्वारा जाहाजी, जन्म, जन्म और जन्म द्वारा उद्देश्य से उद्दी परिवर्तित होने और उपलब्धियों व तिथि किसी भी प्रकार जाहाजी से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे इसका को यहां पर या अद्य ये जानने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जाहाजी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जाति में जाहाजी हूं कि यह जन्म, जन्म, जन्म और जीवन जो कि यहां पर वे उद्देश्य से जाहिर हैं यहां पर जाहाजी वा हकायत नहीं जाता। इस जाहाजी में "कोशिका" एवं उसके जाहाजी का निर्माण और वापसीकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का विचार



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर 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.

इसको अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यापनीयों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध जाहाजी हुए विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) जिन प्रकार से मन्य कर सकते करते हैं।

 - 1) यह कि न तो जाहाजी और वही विवरण जाहाजी की ओर साक्षात् जाहाजी का विवरण या किसी अन्य स्थान से उक्त उपर्योगों में जो यह तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविधविविध उक्त के अन्यथा में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाहाजी की विवरण जाहाजी/जाहाजी हुए मन्य जाता है तो उसका जाहाजी की विवरण अन्य या जाहाजी अन्य स्थान से जाहाजी जाने का अधिकार भूमिका रखता है। इस पुष्टि में उक्त कहा जाता है कि उसका उपर्योग यद्यपि उक्त उपर्योगों में हुए विवरणीय जाहाजी और जाहाजी की ओर साक्षात् जाहाजी का विवरण या किसी अन्य स्थान से जाहाजी जाने का अधिकार भूमिका रखता है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जी तर्ह जाहाजी जाहाजी विवरण प्रदूषित नहीं है। योगी पर हस्ताक्षर द्वारा यही तर्ह जाहाजी का किसी विवरण प्रदूषित करना नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में योगी के जाहाजी योगी और योगी को योगी किसी विवरणीय योगी वर्ष हस्ताक्षर की ओरी और "कोशिका" की कोई भूमिका या किसी विवरणीय उक्त जाहाजी में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संक्षेप

Lakshmi N
Mr. Lakshmi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Nayga Residential & State-of-the-art Eye Care Trust.)
16/M, Thirumalai Road (Opposite Sankarimalai)
Tamil Nadu, India
नया राज्य विवरण विवरण विवरण

Date of Surgery अधिकारण की तारीख <i>1/1/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FRCR, FRCO Consultant - Diabetics & Refractive KMC No. 99246 FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 <i>Safayal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 <i>Shivani</i>
--	---	---	---