

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **N/0622/0499**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **7/06/22**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Choudamma**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **65**

SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम **C/o late Venkatesh**



Preop postop
0499 Choudamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Chennaballi road Angaravadi Kembla pitha

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
Thaggaballi mandya district Kembla

Same as above

OCCUPATION व्यावसाय **Coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **28,000/-**

(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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Venkatesh M.V	32	M	Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery RE-Cataract + PCIOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक: दान मांगने वाला)

- 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 मिलने वाले सभी वित्तिय सहायकों को अनुसूचित मूल्य एवं खर्च है। यदि कोई विकल्प एवं कथन अत्यंत सत्य ज्ञान है तो उसे सहायता मिलने की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले जा रहे हैं, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं यही पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक: दान मांगने वाला)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 का अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्थक: अर्थक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोपयोग" को अधिकृत करने के लिए मैं सच, सत्य, सही और जो वित्तिय सहायता इस प्रकरण में मांग रहा हूँ, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दान, प्रचार/प्रचार हेतु उद्देश्य से सभी मासिक/वर्षाविक और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का वित्तिय सहायता को प्राप्त करने के लिए या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोपयोग लेना मेरी अपेक्षा है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि सच, सत्य, सही और वित्तिय सहायता को प्राप्त करने के लिए या करने के लिए मैं पुष्टि करता हूँ कि सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोपयोग का विवरण प्रेषित और प्रचार/प्रचार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की जायेगी जो मेरे सम्बंध/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिली अधीकृत/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाले सहायता संगठन वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सच सलाह या किये जाने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को सच का वित्तिय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने खर्च की पूरी जिम्मेदारी लेने एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी हम सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 7/6/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Radha Eye Care Centre) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) KMC, Reg No - B1123	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory (A unit of Shree Radha Eye Care Centre, Bed Area # 18.54, Thiruvananthapuram, Kerala)
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरीक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपयोग 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपयोग 2