

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या : N 0921/0830

APPLICATION DATE : 17/09/21
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Naniappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कदुम्प का नाम S/o Muniyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्तीमान आवासीय पता

Tholakanahalli, Mutt Kobra

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above.



Pre Op Post Op
0830. Naniappa

OCCUPATION: Coolie.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय 32,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय को साक्ष्य संलग्न) N/A

PAN No. स्पाइडर खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का विश्वास 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	Biyamma	32	F	Mother .
②	Rainivel	28	M	Son .
③	Analamma	68	F	Wife .

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

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें।)	बल्य आय वर्ती प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें।)	उपचालका कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें।)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आरी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
①	Daignosis	RE - Cat LE - Cat	
②	Surgery	RE - Cat + IOL	

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 लाई गई सहायता राशि
①	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा नमूना:

- 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 प्रलिपि में दिए गए सभी विवरणों परों जनशक्ति के अनुचाल तत्व ऐसे रहे हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण अस्वीकृत घोषणा जाता है तो मेरी सहायता निम्न भौतिक जा सकती है।
- 2) मेरे हाथ जो सहायता द्वारा "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घोषणा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि यह सहायता हेतु यह प्रारूप जो घोषणा का सकल डिस्ट्रिब्यूशन/बोनस कम्पनी से न हो लिया है और न ही विवरण में है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराये)

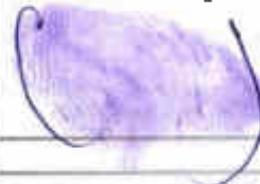
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या आगृहीत की जगह लगाकर, मैं (आवेदक) आपने सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ यह ये नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, इस "कोशिका" एप्प्लीकेशन, जन, ग्राहनणा दूसरे ठिकानों से जुड़ी गतिविधियों और डप्लमेंट्स के लिये किसी भी प्रस्तर माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हूँ। मेरे प्रारूप का निवाप में इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायीय अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, जन, फोटो और विवरण आप की सहायता के उद्देश्यों से जारी हैं यह पुरुष स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस समीक्ष में "कोशिका" एप्प्लीकेशन का नियंत्रण अंतिम और बाह्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या आगृहीत का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा कराये)

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.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषित होने की "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु नियायिका की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) नियन्त्रक से जान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न कोई वर्तमान और न ही अविष्य परिवर्तन ग्राहक द्वारा किसी भी स्थान पर किसी अन्य स्थान से उनके दोनों यायलों में लोगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" विवरणों की उम्मीद के साथ ये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नियन्त्रित अंतर्राजनीक अंतर्राजनीक हेतु प्रयोग नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थान से नहीं तोपांजोगे।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई सहायता अंतर्राजनीक प्रवृत्ति की है। योगी पर हस्पताल द्वारा गई गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी दोनों द्वारा नहीं है। इसलिये हस्पताल में योगी को इलाज सुरक्षा और आपे जाने की सारी जिम्मेदारी योगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होनी चाही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

नियायिका के लिए संस्थानी

Dr. Narendran B.N.

Consultant, Medical Superintendent,

Conea Cataract & Refractive Surgery

Institute for Research & Eye Care

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp), Trustee

दाता, नाम व नंबर का नियंत्रण करना। (१०१/२१)

Mr. Lakshminarayana N.

Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

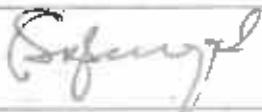
(A copy of Shra on behalf of Hospital)

8/15/V, Thirumalai Salai, Madrasapakkam, Chennai - 600095, India

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

