## (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 17 09 21 Byilding black of life. APPLICATION No. : 0921/0848 आवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : Rothnamma आबेदक का नाम 58 F FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Wolk. R. Chandrakuman पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता Rap 6 street Mally Tu Kolan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार आवासीय पता same as appelle OCCUPATION: Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: 34,000 (आप का साक्ष्य संलग्न) मुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या Yes No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विकरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बंध परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग क्रम संख्या BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहापता के लिये विनति आधार Any Other Busis/Proof Retion Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) **BPL Card** (Attach Card Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (भ्रमान पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये बिनतो का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Daignouis Cat + IOI ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या

## DECLARATION by APPLICANT: आवद्ध दूर गायणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Ferm 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) 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) में चोबना करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुमार सत्य एवं सही है। यदि फोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निरस्त की आ सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता सांत "कोशिका फाउन्डेशन", थे भी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में मय गया है।
- 3) मैं पृष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एशि का आंशिक था सकस हिस्सा किसी अन्य प्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भिष्य में लेंगा।

## 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 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, accress, 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 प्रपन्न पर अपने इस्ताक्षर या अंग्रहे की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी एक्टर्शन की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अभिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विचरण इस प्रपन्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपन्न का विवरण मेरे इलाज के फहते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" च न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" ध्वप उसके न्यासियों का निर्णय ऑतन्य और नाज्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



UI

## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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) thet 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 assentially 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.

हमारे अधिकृत, इस्तासरी की और से पायलेयोजी के "कोशिका फाउन्हेशन" से पितय सहायता हेतु सिफारिश को जाती हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही प्रविष्य में लिटिय महायता किसी गैर सरकारी मंख्यान या किसी अन्य स्थीत से उपत रोगी/पायले में लेंगे या हो रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिश/पिनिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" होता मदद हेतु कि ही। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" हमा सहायता विनात आशिक/सकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है वो अस्पताल किसी अन्य से सिकारिश से से सहायता लीने का अधिकार सुपित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उक्त रोगी/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं होगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहस्वता केवल वितिय प्रकृति की हैं। रंगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का प्रवाद नहीं है। इसलिये इस्पताल में रंगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सारी जिप्पेदारी रंगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई मुमिका या जिप्मेदारी इस जाने में होगी।

WECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्त्रीकृती के लिए संस्तुति 🗷 **Date of Surgery** Dr. Nagesh B N Mr. Lakshmipathi N Consultant, Medical Superintendent ऑपरेशन की तारोख Names Designation & Stamp of Evaluation Signatory Comea, Cataract & Refractive S Institute for Diebetes & Samp (A unit of Sheardha Eve Ca KMC Reg No - 81) A unit of Serephalf of Hospital Trust)
# 18/M. Thirthmak Etente, where standing Area. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तःक्षर । न्यासी इस्ताधर 2