

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	BLO 24/08 52	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	11/7/24	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS वाप्त-वर्ष 65	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कपुष्य का नाम	putta Siddamma	putta Siddamma		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बहस्तर अवासीय पता Kothapura, Kurnool Taluk, Andhra Pradesh		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : अवासीय पता Bhopal Post Office, 0869, Puttai		
OCCUPATION : जबरदस्ती	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (आप का साथ संतान)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				
PAN No. अमर खाता संख्या				
IE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो जान्य हो उस पर महीने 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	Mahadevchintay	35 1/2	M	Son
②	Deekavathi	42 1/2	F	Daughter
③	Shashikala	33 1/2	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के लोहे प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वटव इव चार्ट प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपपोषण कार्ड (प्रधान पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई संबन्ध	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विनाशी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तात/दौकान से जारी की गई प्रारोगिक सूची संलग्न			
①	Diagnosis	RERatnach 25-cental		
Surgery : AE catarract				
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED लो गई सहायता राशि		
①	DBCS	500/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण येरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं जही है। यदि कोई विवरण एवं कामना अलग यथा जहा है तो मेरी जानकारी है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता गिरा "कोशिका फाउंडेशन", में भी जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य की पूर्ति के लिए विवाह आयोग, ये इस प्राप्ति में चाहा गया है।
- 3) मैं पूरी करता हूं कि विवाह सहायता हाँ यह प्राप्ति की चीज़ है, उस गति का अधिकार या सकल विवाह किसी बाह्य घोषितियों/बीमा कम्पनी में न ली जिया है और न ही भविष्य में ली जाए।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्य)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अपने भी जानकारी, मैं (आवेदक) आपनी जाहाजी की पूर्ण करता हूं यह "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञातीयों" को अधिकृत करता हूं कि यो नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में भीषण है, उसे "कोशिका" एवं नामी, राज, जानकारी पूर्ण रूप से जूदी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी उसका यात्रा से प्रश्नात्मक करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण गरे इसके जाली का बाट में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बाट से सहायता हाँ कि यो नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग है पूर्ण रूप से सहायता का इकायर नहीं बनाता। इस अप्पेक्षा में "कोशिका" एवं उसके ज्ञातीयों का निर्णय अंतिम और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्य)

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.

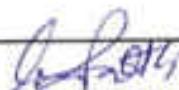
हमारी अधिकृत, हस्ताक्षरों को जो सभी ज्ञातीयों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हाँ यिकातिल की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निज प्रकार ने याच्छ व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो जारीन और न ही अधिक्षय में वित्तीय सहायता किसी ऐसे साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त ऐसी/साकारी में लोगों या से जाए है, और कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/किसी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" हाँ बदर देखा कि है: यदि "कोशिका फाउंडेशन" हाँ सहायता वित्तीय अंतराकालीन हाँ यहाँ नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य ऐसे साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता सेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बदर उक्त संगीत्यपने हेतु किसी ऐसे साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं सेना पारी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई जाहाजा कंसल वित्तीय उद्देश्य की है: उक्ते पर हस्पताल हाँ ही गई जाहाजा या किसी गई उपचार/प्रक्रिया का युक्त रोगी एवं हस्पताल के बीच का विवाह है और "कोशिका फाउंडेशन" हाँ किसी प्रकार का कोई एवाय नहीं है। इसलिये हस्पताल में लोगों के इसका सुनाव और अन्दे जाने को जारी कियने देखी रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" की जारी पूर्णता या किसी एरी इस सम्बन्ध में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

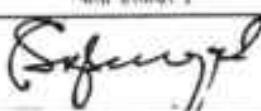
स्वीकृती के लिए संक्षिप्ति



Mr. Lakshmi Pethi N.
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
15/M, Thirumalai Main Road, Tirunelveli, Tamil Nadu - 627002
नम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगोरण की तारीख <i>11/11/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Diabetologist & Endocrinologist KMC No. 988243	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु
---	---	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर :



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर :

