

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : N/0822/0862		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 11/8/22			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : Jayamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65	SEX लिंग : M	  Preop Post op 0862 Jayamma	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम : w/o Mayamma					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Madasaribasa daddi, Kamba hobli Hasisandea, Sammargal district Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता Same as above					
OCCUPATION: उद्योग : Coolie		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ Married ☐ Unmarried			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय : 28,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. पैन नंबर खाली छोड़ें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं ☒ No ☐ Yes					
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 संबंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किन्हीं आधार					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) इसपास कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये बिनाली का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों के सूची संलग्न				
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract				
2	Surgery RE-Cataract + PCIC				
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 सी गई सहायता राशि			
1	DBTS	2,000/-			

DECLARATION by APPLICANT: NONE ON 10/15/13

- 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.

- [illegible]

AGREEMENT by APPLICANT (WORKING WITH)

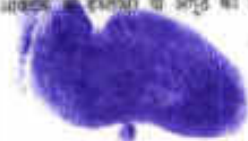
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठों को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) जगदी सहायता की मुक्ति करता हूँ एवं "कोशिका काउंटरिशन और उसके न्यायोधी" का अधिभूत करता हूँ कि येरा नाम "या, कोटी और जो विवरण इस प्रश्न में धोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यायो, दान, वाचक/वाचक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिए किसी भी प्रकार माध्याम या प्रसारित करने से लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न को पहले या बाद से करने से लिए "कोशिका काउंटरिशन" से न्यायो अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि येरा नाम, या, कोटी और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से अधिध है मुझे माल, सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकम् उसके न्यायोधी का विशेष अधिकार और वाचक/वाचक होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

APPLICANT'S SIGNATURE OR EXHIBIT TO BE ATTACHED TO THIS FORM



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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.

इससे अधिकतर, हमेशा की ओर से सम्बन्धों की "कोशिका पाठ्यक्रम" से कितनी सहायक होना सिखाया की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से समझ व समीक्षा करते हैं।

- 1.) यह कि न तो बर्षावन और न ही भविष्य में स्थिति महानगल किसी गैर सरकारी सम्बन्ध या किसी अन्य क्षेत्र से उक्त ऐतिहासिकता में लगे पाये जाते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पायन्डेशन" में सिनाइजेशन/रिफर्निश उक्त से सम्बन्ध में "कोशिका पायन्डेशन" द्वारा परर देतु कि है। यदि "कोशिका पायन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्त अतिरिक्त/सम्बन्ध हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो सम्बन्ध किसी अन्य गैर सरकारी सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अनुमति/द्वितीय परर उक्त ऐतिहासिकता हेतु किसी गैर सरकारी सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका परावर्धन" से तो यह साफपन संभव विधि प्रकट की है। रोटी का हृदयकाल इस से यह प्रत्यक्ष या किसे यह उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रोटी एवं हृदयकाल को बीच का विषय है और "कोशिका परावर्धन" इस किसे प्रभाव का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हृदयकाल में रोटी को इसका मुरादा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोटी एवं हृदयकाल को रोटी और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या जिम्मेदारी इस प्रमाण से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इम्पीकाली के विषय संकलित

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

11/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
(Aunt of the patient)

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Hospital) on behalf of Hospital)
16/M. Thiruvananthapuram District Medical Officer, Thiruvananthapuram

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अवधारितक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 2025 KIRK

Sefernyal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

here