

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

N/0822/0962

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

25/8/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gangamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

w/o Chikkamare

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Maggadi taluk Belagavadi Ramangar
Kannur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Same as above-

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

35,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आय संचयन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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 से संबंध
1)	Chikkamare	64	M	husband
2)	Girish	30	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नॉन प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1)	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2)	Surgery RE Cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 तो गई सहायता राशि
1)	DBES	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: जगदीश चंद्र शर्मा, राज.

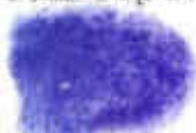
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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.
- 4) मैं योद्धा कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में था।
- 6) मैं योद्धा कहता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस राशि का अधिक या समान विवरण किसी अन्य प्रतिष्ठान/योग्य कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (인수인계서)

- 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, 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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी संस्थान को सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी स्टाफ" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस दस्तावेज में प्रोदान है, उनके "कोशिका" परम्परा, नाम, पदनाम/पद, दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विवेचन करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दस्तावेज का प्रसारण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वीकृत अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि संस्थान को उद्देश्यों से प्रोदान है मुझे स्वतः, संस्थान का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" परम्परा उनके अधिकारों का विवेचन करेगी और सकारात्मक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ଆମେରିକା କି ହଜାଜୀୟା ପାଇଁ ଶ୍ରେଷ୍ଠ ଶାସନ ନିଜାମ



AGREEMENT by HOSPITAL (ENTER DO NOT)

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.

इससे अधिकतर, हमेशाही श्री जी से सम्बन्धित श्री "मैटिंग्स फोरवर्ड्स" से विलियम सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे डप (इम्प्लान्ट) पिन प्रकाश से मध्य व स्थोका काते है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विविध संस्थाओं किसी भी सांख्यिकी संस्था या किसी अन्य संस्था में इसका ऐंगी-पाथर्न में होने या न हो है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" में निवेश/विनिवेश इसका एक संभव न हो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मर हो कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा संस्थाओं विनिवेश अधिनियम/संस्थाओं हो मर न हो कि या न हो तो संस्थाओं किसी अन्य भी सांख्यिकी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं में संस्थाओं होने का अधिनियम सुरक्षित रहता है। इन मुद्दों में स्पष्ट कहा जाता है कि संस्थाओं विनिवेश मर इस ऐंगी-पाथर्न हो किसी भी सांख्यिकी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेना-लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में हो न हो संस्थाओं संस्था विनिवेश सुरक्षित हो है। ऐंगी या संस्थाओं द्वारा हो न हो संस्था या किसी अन्य संस्था/अधिनियम का सुरक्षा ऐंगी एवं संस्थाओं हो न हो का विनिवेश है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी संस्था का कोई संस्था नहीं है। इसमें संस्थाओं में ऐंगी की संस्था सुरक्षा और अन्य होने की सारी जिम्मेदारियों ऐंगी एवं संस्थाओं की हो न हो और "कोशिका" को कोई अधिनियम या विनिवेशों इस संस्था में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संस्कृतियों के लिए संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन को तारीख

25 | 8 | 22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes and Eye Care
(A Trust of Sri Sri Chaitanya Eye Care Trust)
STANLEY AVE., N. 4TH FL., 2ND
FLOOR, CHENNAI - 600 006

Mr. Lakshminipathi N.
Managing Director

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of Singapore on behalf of Hospital))

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 व्यासजी दसावर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इत्यादि 2

12/28