

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

N/0921/0986

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

24/9/21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Nanjamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

Pattaswamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No. Badavane Kasba Hobali

Koncanahalli Krishnareddy Mandya

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

- Same as above -



Pre OP Post OP  
0986 Nanjamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coaltie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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

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

BPL Card  
(Attach Card Copy)

गरीबी रेखा के नीचे 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)

उपभोक्ता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other  
Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

① Diagnosis

RE - cataract

LE - cataract

② surgery

RE - cataract + p.c.i.o.l

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया तो?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

लौ गई सहायता राशी

① DBCS

2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करें:

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.

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.

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से जो ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह उद्देश्य नहीं चाहता हूँ, इस बात का आशय है कि मैं अन्य प्रोड/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न लो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करार)

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने हस्ताक्षर को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में दिये हैं, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा वार्ड/प्रकार/प्रकार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे इरादों के लिये दिये जा रहे हैं, उनमें से किसी भी लक्ष्य "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, मेरे स्वतंत्र सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" अपने अधिकारियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



LTS

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल 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) 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिये या लगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/मरकात हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी के लिये या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठा रोगी/रोगी हेतु किसी भी रोगी के लिये या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुझा और जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भुविगत या विनियमों इस प्रकार से नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

24/9/21

**Dr. Nagesh B N**  
Consultant, Medical Superintendent,  
Cornea, Cataract & Refractive Surgery  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shradha Eye Care Trust)  
KMC Reg No. 81123

**Mr. Lakshminipathi N**  
Manager Outreach  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
# 16th, Thiruvananthapuram  
Vishakhapatnam  
आवेदक पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2