

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

N/0823/0995

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Naga tatha nomma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कनूष्य का नाम

40 Raja

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KURUPUTH Village Kaigatha Hobli Hara Jagallu post
Kanakaputa (T) Barranget (D)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विकसित) / UNMARRIED (अविकसित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

9,000/-

(Attach Proof of Income)
(आप 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 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 के साथ सम्बन्ध
1	Raja	50	M	Husband
2	Chandan K	26	M	son
3	NITUN K.B	19	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विवर्तित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किसे क्या विपरीत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis R.E. cataract L.E. cataract
2	Surgery R.E. Cataract + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-



Ricop Fastop
0995 Nagrathanamra

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा भरना):

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने अथवा सहायता प्राप्त करना है तो मेरी सहमति निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम का वापस करूँगा और न ही अधिकार दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगियों को सूचित करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" और इसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, इसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक रूप से, कचरा/कागज/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों में खुदो लक्ष्यीकरण और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्च या भरण के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित हैं, उन्हें स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके अधिकारियों को निर्देश अधिकृत और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना):

- 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.
- हमसे अधिकृत, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा हम यहाँ पर निम्नलिखित बातों को स्वीकार करते हैं, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय स्वीकार/सफल हो गई तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सहायता के लिए अनुरोध करने वाले रोगी/मरीज को किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य माध्यम से नहीं मिलेगी।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार की कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान और जाने करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/8/2022	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shree Sai Hospital Trust) Name of Dr. & Regn. No. with Stamp HOSP. REG. NO. 181123	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name) Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shree Sai Hospital Trust) # TSM, Thiruvananthapuram, Kerala, India
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2