

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	B10824/1163	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	10/13/2024
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Reichamma	AGE-YEARS आयु-वर्ष	67
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम	N/O mahadevappa		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
Kothakavadi, Channarayana, District			
Kannur			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			
11			
OCCUPATION : व्यवसाय	Home maker		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
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 संबंध
①	mahadevappa	72	m	husband
②	Changathara	35	m	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के कार्ड 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) उपभोग्यता 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
	RE cataract
	Surgery - RE cataract

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
①	DBS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुनत घोषणा पत्र:

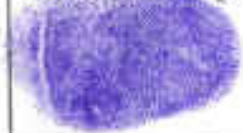
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे जो सहायक राशि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं इस सहायक से वह राशि की गई है, उस राशि का आश्रित या समस्त हिस्सा किसी अन्य व्यक्ति/विशेषज्ञ/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (संश्लेषण दाता कर्ता)**

- 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 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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में धीरे है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, ट्रस्ट, कार्यवाहक दूसरी इच्छित से जुड़ी चीजें/विषयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दस्तावेज़ का विवरण मेरे दस्तावेज़ के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है भुक्त भत्ता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपेक्षक के कारण या अंगुली का विस्तार



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से 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 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, इसकायी की ओर से गणसंगीत को "बोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु निर्वाचित को जाली है, जिसे हाथ (इम्प्लान्ट) निम्न प्रकाश से सान्ने व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही अधिकार में स्थिति सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐसी/समय से लेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिक्षा/विनिर्माण उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्माण अधिकार/समर्थन हेतु प्रस्तुत नहीं किया जात है तो असमर्थता किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि असमर्थता द्वितीय रूप उक्त ऐसी/समय से हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता केंद्र/स्थिति प्रकृति को है। ऐसी नर इस्तेमाल द्वारा ही गई सहायता या किने गए उपकरण/प्रक्रिया का प्रचार ऐसी एवं हमसमत को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए इस्तेमाल में ऐसी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसमत की होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सब्रीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi pathi N  
Manager Outpost

**Manager Outreach**

**Institute for Disability & Empowerment**

(A unit of Shradha Eye Care  
M. Thirumangalakudi)

9-10th, Thammaiah Road, Miller's Building

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

**पुनः प्रवेश के अधिकार**

**Date of Surgery**  
ऑपरेशन की तारीख

### आविष्कार का क्षण

$$13 \overline{) 8124}$$

Dr. <sup>Dr.</sup> Jay Dorennavar  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
Consultant in Phaco & Refractive  
(KMC No. 80244)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपकरण हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यामी हस्तक्षेप ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासो ह्यज्ञात्ता ३

Rich