

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1021/1335

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/10/21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Subbanayaka

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

s/o Subbanayaka

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Thandamedu Marthali kallekala

Chamaraingal

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- same as above

Pre-op Post-op
1335 Subbanayaka
Ka

OCCUPATION:

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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
①	seetha Bai	64	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती 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 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 I.E cataract
②	surgery RE cataract + ptol

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 राशी
①	D B C S	2000/-

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 धीरे-धीरे कहता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिए 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 मेरी सहायता यदि "कौशल विकास प्रमाणपत्र", से सी.आर.सी.ई. प्रमाणपत्र प्राप्त करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में भरा गया है।

3) मैं यहाँ कहता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि, इस प्रमाण पत्र में उल्लिखित उद्देश्य के लिए किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से पैसे नहीं लूँगा और न ही अधिक पैसे लूँगा।

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/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 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 रूप में अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस रूप में घोषित है, इसे "कोशिका" संघ द्वारा, या, वास्तविक रूप से इन्हें सौंपे जाने वाले प्रतिनिधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे रूप का चित्रण भी इसमें की जाने वाली बातों में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भ्रातृवर्गों अधिकृत हैं।

2) मैं (आवेदक) इस रूप में घोषणा कर रहा हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि महापिता की इच्छाओं से प्रेरित है मुझे स्पष्ट: महापिता का इकारना नहीं बनना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके भ्रातृवर्गों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक नई इच्छावा यो अंगुली का निशान



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.

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

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही वित्तीय सहायता किसी भी साकारते संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पासगी में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहीन अवसर/सफल हेतु मन्दुर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य नैर साकारते संस्था या किसी अन्य संस्थान में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त होगी/पासगी हेतु किसी भी प्रकारकी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं सोच/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और अने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. Nagesh B N

सभीकृती के लिए संवत्सुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shreechitra Eye Care)
Mumbai, India

Volume of Dr. & Page, No. with Stamp

आपका नाम है इन्द्रधनुस है ना ?

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
 Insulted by the Staff of Hospital
 (A Unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj Area,
 Thane, Maharashtra)

1604 Thimmappa

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यासजी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवम्बर १

Exempel

2020