

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखांग)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	N/1021/1420	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	29/10/21
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Lakshmamma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	68
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कानूनी वा नाम:	Huchiah	SEX लिंग:	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पाला #F 641, A.K Colony, Rennavalli		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पाला	
		Same as above.	
OCCUPATION: अवस्था:	Coolie.	MARRIED (मिलाहिल) / UNMARRIED (अमिलाहिल)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	32,000/-	(Attach Proof of income) (आय का संक्षय संतोष)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या:		N/A	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मात्र ही उस पर जाती का निशान लगायें)			
FAMILY DETAILS घरेलूर विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलूर 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 लिए विनाशि वापर			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतोष करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आम आम पर्याप्त पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतोष करें)	Ration Card (Attach Copy) प्राक्षोभित कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतोष करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशि का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई प्राइवेट सूची संतोष		
①	Diagnosis RE-Cattract LF-Cattract		
②	Surgery RE-Cattract + PCOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विभी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि	
①	DBCS	2,000/-	

DECLARATION by APPLICANT: मान्यता द्वारा प्राप्त करना चाहिए:

- 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 लेखा काला हूं कि इस प्रकाश से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुरूप साथ हैं और है। मगर, कोई विवरण इस काला आवश्यक गता है तो मेरी मान्यता विवरण की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो मान्यता दी "कोशिका पाठ्यक्रम", मेरी जानकारी के अनुरूप है, उसका उल्लेख यही उद्देश्य को पूर्ति के लिए विवरण करता है, जो इस प्रकाश में दिया गया है।
- 3) मैं पुर्ण काला हूं कि विवरण मान्यता होने वाले अवधि के अन्तर्गत किसी अन्य स्थानपरिवर्तनीय कामयादी से न कर सकता हूं और न ही भविष्य में होना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

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

- 1) इस प्रकाश पर अपने अवलोकन के अंतर्गत की काला लाभकारी, मेरी मान्यता की पुर्ण काला हूं एवं "कोशिका पाठ्यक्रम" और उसके अन्तर्गत "जो अधिकृत काला हूं कि मेरा नाम, पाता, जानकारी जो विवरण इस प्रकाश में प्रतीक्षित है, उसे "कोशिका" एवं नाम, पाता, जानकारी द्वारा उद्देश्य से जुड़ी विविधताएँ और उपलब्धियाँ के लिए किसी भी प्रमाण मान्यता नहीं प्रदान करते हैं।
- 2) मैं (अवेदक) इस काला मेरी मान्यता होने वाला, पाता, जानकारी और विवरण जो कि मान्यता के अनुरूप होने वाले हैं, मान्यता का हकदार नहीं करता। इस मान्यता में "कोशिका" एवं उसके अन्तर्गत का विवरण अविष्ट और जानकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के अनुरूप का लाभकारी विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पातल द्वारा कराया)

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.

इसी अधिकृत, अवलोकन की ओर से मान्यता/उल्लेख की "कोशिका पाठ्यक्रम" से सिर्फ मान्यता होने वाली विवरण की जाती है, जिसे हम (हास्पातल) द्वारा माना जाना चाहिए।

- 1) यह कि न हो वर्तमान और न हो भविष्य में विवरण मान्यता किसी भी जानकारी संम्बन्ध में उपलब्ध नहीं किया जाए गया है, जिसे कि हमारे "कोशिका पाठ्यक्रम" से सिर्फ विवरणीय उल्लेख की सम्भावना एवं "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा मान्यता होने वाले हैं। मगर, "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा मान्यता विवरणीय उल्लेख/संकलन होने वाली विवरण की जाता है तो अवलोकन किसी भी गैर मान्यता की सम्भावना एवं सामाजिक सम्बन्ध में उपलब्ध नहीं किया जाता है। इस पूर्ण द्वारा मान्यता की जाती है कि अवलोकन द्वितीय पटक उल्लेख से होने वाली विवरणीय उल्लेख से नहीं होती।

- 2) "कोशिका पाठ्यक्रम" में यही तरीका मान्यता की सम्भावना की जाती है कि यही यह मान्यता द्वारा दी गई मान्यता का किये गये उपयोग/प्रक्रिया का अनुच्छेद होती है। इसीलिए हास्पातल में योगी के इकाई सुनिश्चित और आगे जाने की मान्यता विवरणीय गैर मान्यता की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवरणीय इस मान्यता में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

Date of Surgery मान्यता की तारीख 29/10/21	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (Name of Dr. & Rank, No. with Stamp) Kashish Hospital, Sector 1, Chandigarh, P. H. S. 160011	Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) 10001, Thirumangalam Road, Milligen Tech Park Area. Chennai - 600092
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जानकारी उपलब्ध है

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
--	--