

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(आरोग्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक : **B | 0925 | 1866** APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक : **17/9/21**

NAME of APPLICANT / आवेदन करणारा नाव : **Ramasah.** AGE-YEARS / वय : **60** SEX / लिंग : **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नीचे नाव : **S/O Ramasah.**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान राहणी स्थान : **Katbathi, Matkalye (W), Kolhapur.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी राहणी स्थान : **to**



OCCUPATION / व्यवसाय : **coolie** MARRIED (दाम्पत्य) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक उत्पन्नाचे प्रमाण : **18000/-** (Attach Proof of Income) / (उत्पन्नाचा प्रमाण पत्र जोडा)

PAN No. / पॅन क्रमांक : **_____**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / कायदाद्वारे उत्पन्नाचे करदाता आहे का (कोट्यात कोट्यात किंवा नाही यात तिकीट ठोक्यात ठोक्यात) : Yes / No

FAMILY DETAILS / कुटुंबीय तपशील

Sr. No. / क्र. नं.	Name of Family Member / कुटुंबीय सदस्याचे नाव	Age (Years) / वय (वर्षे)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करणारासोबतचे नाते
1	Chamundi	28	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / साहाय्याची निवेदनिका देण्याची कारणे (कोट्यात कोट्यात तिकीट ठोक्यात ठोक्यात)

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषेच्या खाली येणे प्रमाण पत्र (उत्पन्न पत्र कोट्यात जोडा किंवा जोडणे गरजेचे नाही)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / उत्पन्न पत्र खाली येणे प्रमाण पत्र (उत्पन्न पत्र कोट्यात जोडा किंवा जोडणे गरजेचे नाही)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग पत्र (उत्पन्न पत्र कोट्यात जोडा किंवा जोडणे गरजेचे नाही)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोट्यात जोडा
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / साहाय्या हेतु निवेदनिका देण्याची कारणे:

Sr. No. / क्र. नं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / आरोग्य/वैद्यकीय सूचना जोडलेली प्रत
1	Dragnawaal - RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgawaal - LE - Cataract + Prol.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / हा साहाय्या कोट्यात जोडा किंवा कोट्यात जोडणे गरजेचे नाही

Sr. No. / क्र. नं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत / नाव	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / कोट्यात जोडलेली रक्कम

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा है):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं कथन आसन्न सजा काट है जो मेरी सहायक निगरानी को नष्ट करती है।
- 2) मैं घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करती हूँ कि मैं इस सहायक हेतु या उसके किसी भी हिस्से के लिए, या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही रिफंड है और न ही भविष्य में रिफंड।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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-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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को घोषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें। इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रेषित, प्रकाशना हेतु इंटरनेट से मुद्रित, ऑनलाइन/ऑफलाइन या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण को प्रकरण में शामिल हो जाने से पहले मेरे लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायक के अंतर्गत में प्रसारित है मुझे सजा, सहायक या इतर सजा नहीं कराया। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा किये गये निर्णयों का अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE ON LEFT THUMB IMPRESSION :



आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निरूपण



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- By affixing founder, signature of our Authorized 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 अधिकृत, हमारी ओर से अनुमोदित हस्ताक्षर को "कोशिका फाउंडेशन" में प्रेषित सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निरंतर प्रकरण में सहायक न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से सहायक प्राप्त करने के उद्देश्य के लिए, जो हमें मांगे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अर्जन के लिए मांगे हैं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक नहीं किया जाता है तो हमें सहायक किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अधिकृत अधिकृत है। इस घोषणा में स्पष्ट किया गया है कि हमें सहायक प्रदान करने के लिए जिम्मेदार हेतु किया है सहायक सहायक या किसी अन्य सहायक से नहीं प्राप्त होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी सहायक सहायक प्रदान करने की है। जो कि सहायक प्रदान की गई सहायक या किसी अन्य सहायक/इंश्योरेंस कंपनी से प्राप्त करने की नहीं है। अतः सहायक प्रदान करने के लिए जिम्मेदार हेतु किया है सहायक सहायक या किसी अन्य सहायक से नहीं प्राप्त होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अंगूठी

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/6/25	 Dr. PREETHI B.K. M.B.B.S., D.O., F.I.C.C., F.P.C.C. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का उल्लेख के साथ प्रमाण	 Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager OUTREACH BANGALORE (Name of Hospital & Stamp) DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Shreeganga Eye Care Trust) Vasanthnagar, Bangalore-52
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (यहाँ हस्ताक्षर)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (यहाँ हस्ताक्षर)
	