

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N/0123/1980 APPLICATION DATE: 06/01/23
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: parvathi AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Ramaswamy
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

74, 2nd Cross, Dr. TCM Bagan
Road, Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



preg postop
1980 parvathi

OCCUPATION: unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: - (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप करदाता 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	Mandardhan	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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 विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery LE - Cataract + PCOL

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

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

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा की:**

- 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 कतार है कि इस प्रारूप में दिये 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 जो सहायता यानी "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार है कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप की गई है, उस राशि का आंशिक या सफल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, वाचनालय द्वाारा इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण ये इत्यादि 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 मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके एक बड़े बालास को अपने बड़े का निरासन

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पाताल द्वारा कवर)

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 सम्पन्न, हमसूत्री की ओर से मायसे-रेनी को "बोलिवा पदमंजरी" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इम्प्लान्त) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वान और न ही अधिका में विविध साक्ष्य किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त ऐंगी/मापों में लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निपटारी/विषय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य विनिर्दिष्ट गति/प्रकार हेतु मरर नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य सम्पत्ति से साक्ष्य लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति विनिर्दिष्ट मरर उक्त ऐंगी/मापों हेतु किया।
- नै साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य साक्ष्य से नहीं ले/प्रदान।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई साक्ष्य को विनिर्दिष्ट प्रभुता की है। ऐंगी पर सम्पत्ति द्वारा दो गई साक्ष्य या किने गए उपकरण/प्रक्रिया का प्रयोग ऐंगी एवं सम्पत्ति को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये सम्पत्ति में ऐंगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं सम्पत्ति की होती और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06/01/23

Dr. Lakshmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regn. No. with Signature)
Consultant, Path & Refractive

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Government Medical College, Thiruvananthapuram)
UM Thiruvananthapuram District Hospital

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्यारिक उपस्थिति हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हमदादा २

01.12.2023