

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)					
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0123/2056		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 11/1/23					
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Kuppamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60				SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम W/o Raviswarri							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता No 850, Vinobhanagar Huts east side Chickpet Wilson Garden Bangalore - 560027		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता Same as above				prop postup 2056 Kuppamma	
OCCUPATION : व्यवसाय Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)					
PAN No. स्थाई खाता संख्या							
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बंध			
1	Harith	27	M	Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विन्यति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ 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 विन्यति का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1	Diagnosis RF - Cataract LF - Cataract						
2	Diagnosis RF - Cataract + PCOL						
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 सही गई सहायता राशी				
1	Diabetes		2000/-				

DECLARATION by APPLICANT: અનિલકે દ્વારા સોંપાયું છે.

- 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 Kashiwa 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 कबल यह कि इस प्रत्यय में दिए गए सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं समान असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "बीमारी का उपचार", के लिए मांग रही हूँ, तबका उपचार इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में भर गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि इस सहायता के मांग उद्देश्य को प्राप्त है। उस राशि का अतिरिक्त या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्भरकारी/सम्पत्ति से न हो लिया है और न ही भविष्य में लिया जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्म)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि आवेदन के अन्तर्गत में प्रस्तुत है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त व्यक्तियों को निर्दिष्ट अधिकारों की प्राप्ति होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

संकेतक को प्रयोजन पर अंग्रेज़ी भाषा लिखता

AGREEMENT by HOSPITAL (बिपुल सु सु)

By affixing hereunder, 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.

हमारे अधिकार, हमारा ही नहीं और से सम्बन्ध-रही वो "कोशिका पराजय" से विविध सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हमारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही धर्मिक या विधायक प्राधिकार किसी भी सरकार को संविधान या किसी अन्य कानून से ऊपर उठने की अनुमति देता है। नतीजा यह है कि संविधान को लागू करने के लिए न तो संविधान के अंतर्गत कोई भी प्राधिकार है और न ही धर्मिक प्राधिकार।
- 2) "कोरिंथा काउन्सेल" के भी यह प्राधिकार नहीं है। संविधान के अंतर्गत कोई भी प्राधिकार नहीं है। नतीजा यह है कि संविधान को लागू करने के लिए न तो संविधान के अंतर्गत कोई भी प्राधिकार है और न ही धर्मिक प्राधिकार।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संयोजकताओं के लिए संरूपण

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/1123

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant in General & Refractive

Mr. Lakshmiopathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute in which the patient is being treated)
(A unit of Sri Sarada Mission Hospital Trust)
201, 1st, 10th Avenue, Adambakkam, Chennai - 600 020

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

मागील महिन्यात

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संज्ञा ३