

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N1012312201 APPLICATION DATE: 24/1/23
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Vela AGE-YEARS आयु-वर्ष 45 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Parasuraman
पिता/हस्तु का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता
Ammannari Kovil Street ward 1 Kandanapuram
Ammannari (P) Thiruvallur.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता
Same as above



Preop postop
2201 Vela

OCCUPATION: Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 28,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर प्लेड हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रूखा 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) व्यय्यक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनयी का उद्देश्य:

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

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

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

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न 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) मैं यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से भी जा रही है, उसका उपयोग अभी विशेष की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बता गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या प्रत्यक्ष या परोक्ष किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (please print name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छाया या अपने ही हानि साधक, मैं (आवेदक) अपनी हस्ताक्षर की तुल्य कानूनी रूप से "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में प्रयोग है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वामी, घर, साधक/साधिका द्वारा उपदेश से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों को तैयार किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा यह विवरण मेरे हानि को अपने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साहायता के उपदेशों में प्रयोग है जुड़े कानूनी साधक/साधिका या हानि नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा कानूनी भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आविष्कार को प्रमाणित या अंगीकार का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Financial) 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अतिरिक्त, इसकाही भी जोर से आवाज/गीतों को "बोलिया घासबोरा" से विविध सहायता देते पितामहों को जाता है, जिसे हम (अभ्यास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो वांगम और न ही बोलिंग में द्वितीय महापक्ष किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से जका ऐसी-वगैरों में होने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोलिका फाउन्डेशन" से निराद्वितीय/विशेष प्रकार के साक्ष्य में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा संस्थागत विधि अधिकारमाला हेतु मन्तु नहीं किए जाते हैं तो अन्याय किसे अन्य और साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से साक्षात् होने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धृष्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्याय द्वितीय बरद जका ऐसी-वगैरों हेतु किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं हो-सकती।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से ही यह संस्थागत संस्था विधि प्रवृत्ति की है। ऐसी या इसका द्वारा ही यह संस्था या बिने यह अवधारणा/विधि का प्रचार ऐसी एवं इसका को बीच का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य रहना नहीं है। इसीसे इसका में ऐसी के इसका प्रचार और जाने जाने की सही विधि/ऐसी ऐसी एवं इसका की होती और "कोलिका" को कोई संस्था या विधि/ऐसी इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अस्योक्तं च तेषां विषयः संशयात्

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/1/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS (O) FRCO
Consultant in Ophthalmology & Refractive

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Sri Lanka Cystic Fibrosis Trust)
Unit 10, Thiruvananthapuram, India

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अनुसंधान उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

स्त्री मन्त्राः ।

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अध्यास २

12/2/2