

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N/0123/2219
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 24/1/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Lalithamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

42

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Gangadhar
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MK Hatty Hutubarahalli
Chitradurga Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: Home maker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 11,500/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE 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

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

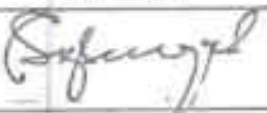
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/नसूची संलग्न
1	Diagnosis RF cataract LF cataract
2	Surgery LF cataract

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

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



Preop postop
2219 Lalithamma

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)	
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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में परा घोषित है। 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता से या भविष्य में नहीं हूँ, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो कि किसी और न ही व्यक्ति से ली जाय।	
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)	
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 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 फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, जिनसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, बायाँ की उंगली का छाप आदि के माध्यम से लोगों को जानकारी और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे उद्देश्य के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित है। 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य के लिये प्रसारित है। मुझे पता है कि सहायता का उपयोग नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्धारण और सहायता होगी।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप	
	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)	
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.	
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं। 1) कि हम न तो वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है, जहाँ तक कि सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जाती है। यदि सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जाती है, तो हमें सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अनिवार्य है। यदि सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जाती है, तो हमें सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अनिवार्य है। यदि सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जाती है, तो हमें सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अनिवार्य है। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय, रोगी या हस्पताल के बीच की व्यवस्था के आधार पर होता है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जाती है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार का निर्णय और उसे करने की जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/1/2023	Dr. Laxmi Dorennayyar MBBS, MS, FRCS (S), FRCS (C) Consultant - Plastic Surgeon KMC, Kharagpur, West Bengal FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION
Mr. Lakshmi Prathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 1954, Thiruvananthapuram, Kerala माननीय अर्शक के लिए	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामित हस्ताक्षर 1 	
SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामित हस्ताक्षर 2 