

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता डेतू आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	31224/2873	APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 30/12/24.	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Alenijam	AGE-YEARS वय-वर्ष : 65	SEX लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम:	N/o Nircasarah		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पत्ते HNO104, Kondadummanapura, village B.G Purathottam Taluk, Ward no. 9			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासीय पत्ते District : H Pincode : 2073 Alenijam Post Office : Post. Alenijam			
OCCUPATION : जबक्षण	Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (जाय का साथ संलग्न) N No. जाय का साथ संलग्न	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय कोई आय नहीं है (जो याप्त ही उस पर जहाँ का निशान लगाये)			
Are YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): जाय याप्त आय का निशान है (जो याप्त ही उस पर जहाँ का निशान लगाये) 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 विनाशी आधार			
BPL Card (Attach Card/Copy) जारी की गई प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाय जीत संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जाय याप्त चर्चा प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाय जीत संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाय जीत संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता डेतू किये गए विनाशी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हास्पिट से जारी की गई प्रारोगिक सूची संलग्न		
①	DIAGNOSIS :- RE-CATHECT AC CATHET		
SYMPTOM:- RE cat CRICOL			
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED ली गई सहायता राशी	
②	VIBS	2000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** निम्नलिखित द्वारा संकेतित पर:

- 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 संकेतित करता हूं कि इस प्रकाश में लिखे गये सभी विवरण यही जनकारी के अनुसार सच्च वाले होते हैं। यदि कोई विवरण एवं कठान अवधारणा जाता है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ करती है।
- 2) मेरे द्वारा की सहायता यही "कोशिका फाउंडेशन", में ही होती है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकाश में बता गया है।
- 3) मैं पुरी करता हूं कि विस सहायता हेतु यह प्रबंधन की गई है, उस गयी कार्यालय का सकाल विवरण किसी अन्य धोरण/नियोजक/कोषा कानूनी संघ न तो लिया है और वही विवरण में नहीं।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस दस्तावेज़ पर, आवेदक द्वारा अपनी की जाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूरी कागदी हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में दीखता है, उसे "कोशिका" द्वारा, जारी, दाता, वाचनात्मक तौर पर उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये कियी गई प्राप्ति वा विवरण की जाप वाचनम् दें उपलब्ध करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण में इसका केवल या बरं में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस काल में सहायता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्राप्तित है नुस्खे भवतः सहायता का उद्दारण नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा, उसके न्यासी का विवरण अधिकृत और वाचनात्मक होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर का छाप या लिंगम्

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)**

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.

इसका अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समझौतेहोती के "कोशिका फाउंडेशन" से विविध लक्षणों से उत्पन्न विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न उक्तान में मानव व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न को गर्भवति और न ही सीधीय में विविध सहायता कियी गई जाकरी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त गोरी/यापते में लैंगे या मैं ठें है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरत भेजा गया विविध विविध विविध उक्त सम्बन्ध जाती किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गोरी/यापते का विवरण अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार मुश्किल रखता है। इस पूरी विवरण का उक्त गोरी/यापते से हेतु किसी गोरी/यापते का विवरण अन्य साथान से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लैंग नहीं सहायता कंसल विविध प्रकृति की है। गोरी पर अस्पताल द्वारा ये गई सहायता या किसी गोरी उपचार/प्रतिक्रिया का चुनाव गोरी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई उक्त नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में गोरी के उक्त गुण जैसे उनके जाने की साथ विविध विविध उक्त हस्ताक्षर की होती है और "कोशिका" की कोई भूमिका या किसीदारी इस सम्पर्क में नहीं होती।

*Mr. Lakshmi Pathi N*

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

# 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नम् व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

नम् व पर हस्ताक्षर अधिकृत