

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                    |                | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                                                                 |                                                                                              |                                                                                                                    |                | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि :                                                      |  |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम :                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                    |                | AGE-YEARS :<br>वयस-वर्ष :                                                               |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कन्या का नाम :                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                    |                | SEX :<br>लिंग :                                                                         |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS :<br>वर्तमान आवासीय पता :                                                                                 |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :<br>स्थायी आवासीय पता :                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय :                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय :                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| PAN No. :<br>पैन संख्या :                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) : |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| FAMILY DETAILS :<br>परिवार विवरण :                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                              | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                            | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                         | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                         |  |
| 1                                                                                                                                   | H. Ramesha                                                                                   | 49                                                                                                                 | M              | Son                                                                                     |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार :                                       |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)                          |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>रसमंजरा कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें) |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु लिखें गये विनती का उद्देश्य :                                                   |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                              | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| 1                                                                                                                                   | Diagnosis<br>BE cataract<br>LE cataract                                                      |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| 2                                                                                                                                   | Surgery<br>LE cataract + IOL                                                                 |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य साधन किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो? |                                                                                              |                                                                                                                    |                |                                                                                         |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                              | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                    |                | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लें गई सहायता राशी                                |  |



**Koshika**  
foundation  
Building block of life.



Pratap Pratap  
3013 Siddamma

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

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य काल अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं आवेदन कर रहा हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यासीय, दान, वाचकता दूसरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इलाज की प्रगति या कर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय 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 सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू उसकी न्यासीयों का विशेष अधिकार और सामाजिक होता।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/मरीज के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उच्च की मांग में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भुगतान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित अतिरिक्त/अवकाश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा भुगतान हेतु उच्च रोगी/मरीज हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वितरित प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी की इलाज सुचारु और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई धुंधला या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

28/3/2023

  
Mr. Lakshmi Pathi N  
Name of Dr. & Regn. No. with Stamp  
MD, FRCS, FICO  
Consultant, Plastic & Reconstructive  
Surgery, KMC No. 30244

Mr. Lakshmi Pathi N  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory  
Institute for Deafness & Eye Care  
(A unit of SRI Balaram Hospital Trusts.)  
# 15/A, Thiruvananthapuram, Kerala, India

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासीय हस्ताक्षर 2