

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/0725/1039

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

3/7/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Krishnamurthy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Thirupathi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

Nalappa Street Ranchapuram
Tamil Nadu

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासीय पता



Proof Photo
1039-Krishnamurthy

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी करदाता 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

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 सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) ✓ गरीबी रेशा 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) ✓ उपभोगता 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 प्रिलिखित सूची संलग्न
1.	Diagnostic KE - Cataract LE - Cataract
2.	Surgery LE - Cat + PCIO

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 ली गई सहायता राशि
1.	DBCS	2000/-

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 कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस से सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ। इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रारूप को नहीं दूँगा, इस एवम् या जोशिका या किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का अपने इसासत या अंतर्द की छात्र लागकर, मैं (अपनेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, राबक/या दूसरे उद्देश्य से चुड़ी गतिविधियों और प्रसन्नकियों के लिए किसी भी प्रकार कायम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इसासत को पहलें या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अपनेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता प्राप्त करने का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और कायमकारी होगा।

આવેશને એક સમયે આ બંનેને જોડી દેવાનું થયું.



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.

इससे अधिबद्ध, हमसुधारी की ओर से सम्पले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसुधारा) निम्न प्रकृत से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मा रोटी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनयित उक्त सं-सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मसल हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनयित अधिका-सकल हेतु सम्पुन नहीं किया जाता है तो असम्पल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्सामन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि असम्पल वित्तीय स्तर उम्मा रोटी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोटी पर इम्पलत द्वारा की गई सलाह या विनय गये उपचार/प्रक्रिया का पुरवष रोटी एवं हमसुधारा को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमसुधारा ने रोटी के इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोटी एवं हमसुधारा की होती और "कोशिका" की कोई भुविता या जिम्मेदारी इस सम्पले में नहीं होती।

Date of Surgery अस्त्रोपकरण की तारीख 3/7/25	Dr. M. PAWTHRA MSBS. MS Consultant Ophthalmologist (Name of Dr. in English, No. and Name of Hospital) (अस्त्रोपकरण की तारीख, अस्त्रोपकरण की तारीख) (A unit of Shraddha Eye Care Trust) Vasanthanagar, Bangalore-52	Nir LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name of Signatory & Design of Authorised Signatory) (अस्त्रोपकरण की तारीख, अस्त्रोपकरण की तारीख) CUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Shraddha Eye Care Trust) Vasanthanagar, Bangalore-52	FOR INTERNAL USE - KOSHIKA FOUNDATION (अस्त्रोपकरण की तारीख, अस्त्रोपकरण की तारीख)
SIGNATURE of TRUSTEE (अस्त्रोपकरण की तारीख)	K.K. No-91567 (अस्त्रोपकरण की तारीख)	SIGNATURE of Authorised (अस्त्रोपकरण की तारीख)	(अस्त्रोपकरण की तारीख)