

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0924/403

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 11/09/24

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Jerina - A

AGE-YEARS आयु-वर्ष 74 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम N/A Thomas

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता Hala 61 A, Hospital Compound, Champion Railway Station, K.E.F. Bargurpet, Kolaro, Kolaro

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासस्थान पता



Pre op - Post op
K403 Jerina A

OCCUPATION: व्यवसाय Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 20000/- (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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
1	Mary sena	24	F	Daughter
2	Prinzing fernandy	17	F	Grand Daughter
3	Lavanda fernandy	21	F	Grand Daughter

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

BPE Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता 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 प्रीतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery LE - Cataract + P.L. Gel

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	DRCS	2000/-

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 पर कतार है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इस सहायता का उद्देश्य "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार है कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबला)

- 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 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 पर अपने इच्छाधर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राय, याचक/या चुराये उद्देश्य से नुसी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार पत्रधन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा की चालों या कार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि वेत-नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में घोषित है नुसी स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਅਲੋਚਕਾਂ ਦੀ ਫ਼ਰਜ਼ਾਨਾ ਜਾਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, इच्छाशरी को और वे सामान्यरोगी को "कोशिका काउन्टेशन" से निविष्ट महापणा हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कर्मचारी और न ही अधिकारी में विहित सहायता किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य कक्ष से उक्त ट्रेडी/मामले में लेने या ले खंड है, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से निवारण/विनिर्गत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद होना कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्गत अतिरिक्त/सकल हेतु पानुन नहीं किया जाता है तो सम्बन्धित किसी अन्य गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धित से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अग्रजाल द्वितीय मरद उक्त ट्रेडी/मामले हेतु किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ट्रेडी पर सम्बन्धित द्वारा पी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनराव ट्रेडी एवं सम्बन्धित से बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये सम्बन्धित में ट्रेडी को इसका मुक्त और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी ट्रेडी एवं सम्बन्धित की होगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्थिति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

$$11/09/21$$

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS,MS,FPRS,FICO

(Signature of Dr. H. Raghun. Not with Stamp)
इसका प्रतीक है कि यह प्रमाणित है।

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Endocrinology
(on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Siddhanta Hospital & Research Center)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
गुणेश्वर ठाकुर ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो इशारा 2

2018