

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



pic of - Part of
1682 - Chikkasah

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 01/024/1682		APPLICATION DATE : आवेदन तिथी 05/10/24	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Chikkasah		AGE-YEARS आयु-वर्ष 70	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम slo mare goncla			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Kivarguly Amruthul Thumkal District Kozhikode			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता			
OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. : स्थायी 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 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	Mayamma	30	mf	daughter in law
2	Suleeh	37	m	son
3	Dhananth	3	m	grand son

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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गर्व विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मूची संलग्न
1	Diagnosis RE- cataract IF- cataract
2	catargy LE- cataract + ptisol

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 ली गई सहायता राशी
1	OBCL	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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अशुद्ध पाया जाता है तो मेरी साक्ष्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैंने इस जो साक्ष्य पत्र "कोलिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस साक्ष्य पत्र को मैंने, उस पत्र का ज्योतिष या सफल विमर्श किसी अन्य खोज/विशेषज्ञ/बोध कम्पनी से या जो 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 पर अपने हस्ताक्षर या जंगल की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंगन और उसके न्यासीन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्षित है, उसे "कोशिका" एल्यू न्यासीन, दान, याचन/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तबने किसी भी प्रकार कायम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पक्षों या कार्य में करने के लिए "कोशिका काउंटिंगन" व न्यासीन अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यू उसमें न्यासीन का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अश्वमेध का सम्राट्त्वं या अश्वमेध का निगमन

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.

- in the matter.
- इससे अधिकृत, इसासरी की ओर से मामले/रंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो सलमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संघों से उठाए/पायले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विषय उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अतिरिक्त/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो असमत्ता किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमत्ता द्वितीय मदर उठाए/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेती गई सहायता कंपल वित्तिय प्रकृति की है। रंगी पर हमसाल द्वारा दी गई सलाह या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसाल में रंगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रंगी एवं हमसाल की होगी और "कोशिका" की कोई भुविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/10/24	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Nephrologist Nephrology & Dialysis Unit K. J. Somaiya Institute of Postgraduate Medical Education & Research, Vashi, Mumbai - 400 705	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach K. J. Somaiya Institute of Postgraduate Medical Education & Research (A unit of Somaiya Trusts) # 15/M, Thirumalaikottai, Miller Road, Anna Nagar, Chennai - 600 095
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्ताखर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हस्ताक्षर 2