

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **B/0925/1707**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **21/9/15**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **Lakshmanu**

AGE-YEARS आयु वर्ष : **57**
SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : **w/o Ganapathy**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता : **22, Hulevuru, Agartala**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता : _____

OCCUPATION / व्यवसाय : **Housewife**

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : _____

PAN No. / पैन संख्या : _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (कोichever लागू है) : **Yes / No**



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 संबंध
①	Ganapathy	59 yrs	Male	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए किसी आधार			
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे लक्ष्य है किसे या उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य/दवाइयों के बरतों की प्रतिलिपि संलग्न करें
①	Diagnosis RE - cataract LE - cataract
②	Diagnosis LE - pterygia + cataract

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की प्रतिलिपि संलग्न करें

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदनकर्ता द्वारा कथित है)

- 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 कथित करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी गलत विवरण एवं कथन आवेदन ग्राह्य बनाए देगा और मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ कथित करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी प्रकार के भुगतान के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई भुगतान है और न ही भुगतान में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा कथित)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to (re)publish/print/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 donors 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ कथित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चर्चे और मेरे विवरण इस आवेदन में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, कथन/चित्र द्वारा प्रसारण में मुझे प्रेषित/प्रसारित और प्रसारित करने में मेरी छवि को प्रकाशित करने में प्रयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चर्चे और विवरण को किसी भी प्रकार के उपयोग में प्रेषित है। मुझे प्राप्त, प्रसारण या प्रसारण नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा कथित भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथित)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की जाये कि हमारे यहाँ के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) वित्त आवेदन से लाभ न उठा सकते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/कराएंगे यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हम कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पृष्ठ पर स्पष्ट बनाया गया है कि हमारा निर्णय करने, उपाय लेने/कराएंगे हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/कराएंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया जायेगा, उसे हम (हॉस्पिटल) द्वारा ही लेना/कराएंगे। हमारे पास कोशिका फाउंडेशन का कोई भी भुगतान नहीं है। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कथित भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अधिकृत की लिए अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
(A unit of Shri. Siddha Eye Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

Dr. PREETHI, B.K.
(Name of DR. & Regn. No. with Stamp)

Date of Surgery
अवधि की तारीख
27/1/25

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आयी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आयी हस्ताक्षर 2