

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य हेतु)



Koshika

foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1942

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

23/9/25

NAME OF APPLICANT :

आवेदन करी का नाम

Nonjundarah

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

76

SEX (लिंग)

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/O Mallaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास का)

Sutaker

Sutaker PO - Hama(n)

Kannur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास का)

Kannur


 Full of - Full of
 1942 - Nonjundarah

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

आम आय का दाता हैं (जो प्रमाण हो उसे या नहीं का चिह्न 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 आवेदन करी का संबंध
1	Sharadamma	66	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	IWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	Rajgarh Card (Attach Card Copy) राजगढ़ कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन जोड़ना
1	Diagnosis:- RE - Cataract
	IC - Cataract
2	Surgery:- RE - Cataract + Prol

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से मिल चुके हैं

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा करने का):

- 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 श्रीमती का कहना है कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाय तो वह भी सत्य माना जाय तो वह भी सत्य माना जाय।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ कहता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करके):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-on-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 उत्तर देकर मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करने (कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में दिये हैं, जो "कोशिका" द्वारा उपयोग, प्रकाशन, प्रसारण, प्रसारण, प्रसारण से सभी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी अन्य माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण भी इसका उपयोग करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन को उपयोग के लिए है, जो कि फाउंडेशन का इच्छा नहीं करता। इस प्रश्न में "कोशिका" द्वारा उपयोग के लिए किसी भी अन्य माध्यम से प्रकाशित और प्रकाशित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका का हस्ताक्षर या बाएं तलुआ छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करके):**

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 अधिकृत, हस्पताल को और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न में सच न स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हस्पताल को अधिकृत करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोगी/रोगी से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि फाउंडेशन द्वारा प्राप्त मदद रोगी/रोगी के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोगी/रोगी से नहीं लेनी चाहिए।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और न ही सहायता को किने जाने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज प्रकृति और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई दबाव या सिफारिश इस प्रकार से नहीं करनी चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

(A unit of Shradha Eye & Face Trust)

Vasanthanagar Bangalore

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

23/9/25

Dr. FREETHI, B.S.
M.B.B.S., D.O., FRCOFCO
Consultant Cataract and Refractive Surgeon
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2