

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 8/1025/2131 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 14/10/25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Krishna Chai AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 57 SEX / लिंग : M

FATHER/USPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्या का नाम : S/O Gundachari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : Hullaiharapuram, Gundachari (A), Chamalapuram (D), Tiruvallur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : _____



OCCUPATION / व्यवसाय : Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 29000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / पान संख्या : _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर कहीं 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 संबंध |
| 1 | Channamma | 50 | F | wife |
| 2 | K. Ravi | 31 | M | Son |
| 3 | Shushma | 24 | F | Daughter - In - Law |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता को लिये किये आधार

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये निम्नों का उद्देश्य:

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Diagnosis - R + Cataract - - L.E. Cataract. |
| 2 | Surgery - R.E. Cataract + PCTOL. |

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 / की गई सहायता राशि |
|-----------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| | | |
| | | |

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पत्र में दिये हैं।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी इस सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपाल" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, वाचनालय द्वारा उत्पन्न से दृष्टी संबंधित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्रों में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रकाशित है पूर्णतः अंतिम का स्वरूप नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टरों का निर्णय अंतिम और बंधनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हस्ताक्षरित, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी मरणाधीन रोगी या किसी अन्य रोगी से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वीकार हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिवत अतिरिक्त/स्वीकार हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी के लिये या किसी अन्य रोगी के लिये सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय स्तर पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्तर पर नहीं लेता/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर/सहमति और जाने जाने को भी सिफारिश रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या सिफारिश इस प्रकार से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
14/10/18

Dr. PREETHI, B.B.
M.B.B.S., D.O., FIGO, FPOS
Specialist Cataract and Pediatric
(Name of Doctor, Reg. No. with Stamp)
इसके साथ डॉक्टर का नाम और पता

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach
(Name of Hospital's Doctor or Authorized Signatory
(A unit of Hospital or Eye Care Unit)
15/M, Thiruvananthapuram, Kerala, India

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोपाल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोपाल 2