

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		AGE-YEARS आयु-वर्ष : SEX लिंग :	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम :			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता :			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता :			
OCCUPATION : व्यवसाय :			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :			
PAN No. स्थायी खाता संख्या :			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को निशान लगाएं) :			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL 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) उपभोग्यता 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	Diagnosis RE PCIOL LE Cataract		
2	Surgery LE Cataract + PCIOL		
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	



Koshika
foundation
Building block of life.



pre op post op
3951 Nanyamma

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधीनस्थ, इलाखरी की ओर से समले/एगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से शिविर सहायता हेतु तत्कालता का जाता है, जिस हमें (संभवतः) निम्नलिखित प्रश्नों पर विचार करने के लिए प्रेरित करता है:

1) क्या कि न तो वर्तमान ध्वनि न ही भविष्य में किसी सहायता किसी गैर सरकारी संस्थापन या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त लेगी/समर्थन में लेने वा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विविधिता उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित अर्थिक/सम्बन्ध हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो असम्भवतः

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस भूक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्भवतः द्वितीय मदद उक्त लेगी/समर्थन हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. PREETHI B.K.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Specialist in Internal and Paediatric
Oncology

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
OUTREACH CLINICAL HOSPITAL
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (A Unit of Siddhha Eye Care Trust)

SIGNATURE OF TRUSTEE II
ज्यामी इस्लाम ?

न्यासो हस्ताक्षर ।

न्यासी हस्ताक्षर २