

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0423/0015

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/04/2021

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Vijaya lakshmi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

w/o

Harikrishna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

47 2nd cross new layout Rajanagar
garden Bangalore South

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाली रखें

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

हां / 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)	Harikrishna R	51	M	Husband
2)	Sushmitha	24	F	Daughter
3)	Satish	26	M	Son
4)	Proetha	22	F	Daughter
5)	Pavithra H	17	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card

(Attach Card Copy) ✓

सही रखा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

आय 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 RF contract LE contract
2)	Surgery RF cat & Dr for

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 ले गई सहायता राशि
1)	DRCS	2000/-

Preop Post
2015 Vijaya lakshmi

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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविकता से भिन्न होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रकम मांगूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या उनके द्वारा, या अन्य माध्यमों के माध्यम से, दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। इसका उपयोग मेरे उपचार से पहले या बाद में मेरे उपचार के पूर्ण होने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के उपयोग के लिए प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इसका उपयोग मेरे उपचार से पहले या बाद में मेरे उपचार के पूर्ण होने के लिए किया जा सकता है। इसका उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इसका पता देना और अंगूठे की छाप देना।


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे भरोदारों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

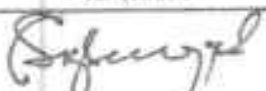
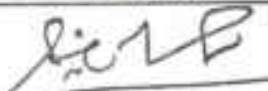
- 1) यह कि न तो हमारे भरोदारों और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हम (हस्पताल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने भरोदारों को अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रकार हम (हस्पताल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। उपचार के चयन या प्रक्रिया का चुनाव हमारे भरोदारों और हमारे भरोदारों के बीच होगा, जो कोशिका फाउंडेशन से प्रभावित नहीं होगा। इसलिए हम (हस्पताल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए हस्ताक्षर

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/04/23	Dr. Lakshmi Dorennavar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute for Ophthalmic & Eye Care (A Unit of Sri Chandra Eye Care Trust) 10/10, Thimmam Road, Mier Tank, Badli	Mr. Lakshmi Dorennavar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute for Ophthalmic & Eye Care (A Unit of Sri Chandra Eye Care Trust) 10/10, Thimmam Road, Mier Tank, Badli
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर 
--	---