

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

B/0423/003

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

4/4/2023

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Rajamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/सहोदर का नाम

w/o M Nangundachari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hebbani Hebbani mulubagal
Kolar Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop Postop
0003 Rajamma

OCCUPATION:
व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

15000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

CIN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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)	Nangundachari	70	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) ✓ गरीबी रेषा 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) ✓ उपभोक्ता 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 प्रतिलिपि/प्राख्यान
1)	Diagnosis AF cat rect LF cat rect
2)	Surgery LF cat + PCCOL

ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILABLE ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अवेरफ़ द्वारा घोषणा करें):

- 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 फ़ॉर्म में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निवचन एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फ़ाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रीफ़ंड है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरफ़ 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/put-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 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 फ़ॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अवेरफ़) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फ़ाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फ़ॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएफ़, एन, एनएनएल द्वारा वरिष्ठ से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लाने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फ़ॉर्म का उपयोग मेरे हस्ताक्षर की छाप या बार से करने के लिए "कोशिका फ़ाउंडेशन" के न्यायोपक्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरफ़) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता या इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनएफ़ इसके न्यायोपक्ष का निष्पत्ति अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेरफ़ की 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भविष्य/वेब को "कोशिका फ़ाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफ़ारिश 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 रोगी के संबंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से रहेगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फ़ाउंडेशन" से सिफ़ारिश/प्रतिपत्ति प्राप्त की है/प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फ़ाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अंशिक/पूर्ण रूप से नहीं दी जाती है तो हमें स्वतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा प्रेषित मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होने से रहेगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
2. "कोशिका फ़ाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई चलाइयों या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फ़ाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और करने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/4/23	<i>Dr. Laxmi Dorrenavar</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Consultant & Director of the Institute KFC No. 00241	<i>Mr. Lakshmi Pathi N</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute of Diabetes & Eye Care (A Unit of Shree Mahalaxmi Eye Care Trusts.) B-10/1, Chhatrapati Road, Miller Tank Bed Area बनारस, उत्तर प्रदेश
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1 <i>Safaryal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2 <i>Dr. L. B.</i>	