

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : 3/0423/0082 आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE : 07/04/23 आवेदन तिथि :	
NAME of APPLICANT : Hanumamma आवेदक का नाम :			AGE-YEARS आयु-वर्ष : 80	SEX लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : W/o Anjanappa पिता/हस्ताक्षर का नाम :				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : Mayasandra Hobli Tharavathur Taluk स्थायी आवासीय पता : Bylanakurli Gase D Kalthen Tharavathur Taluk PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above				
OCCUPATION : unemployed व्यवसाय :			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :	
TOTAL ANNUAL INCOME : - कुल वार्षिक आय :			(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. स्याई खाता संख्या :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 सम्बंध
1	Lakkamma	58	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये विनति आधार :				
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"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 - Cataract LF - PCOL			
2	Surgery RF - Cataract + PCOL			
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 लगे गई सहायता राशि		

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 पर करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्नपत्र भरा जा रहा है, उस सहायता का आशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पितकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कोशिका" एनएन न्यासी, राज, कायस्थ या दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आलेख से हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



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.

इससे अधीकृत, हमारे द्वारा की जा रही है कि हमें अपने आप को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही वित्तीय व वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से वकालत/मार्गदर्शित होने का है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तीय सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधिगत/वित्तीय हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल द्वारा प्रदान वकालत/मार्गदर्शित हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हमस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हमस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 09/04/23	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तफा व रजि. नं. Cons. No. 1234567890	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Mr. Lakshminathi N Director Institute of Diseases & Eye Care (A Unit of Shree Sri Eye Care Trust.) 123, Main Road, Miller Tank Bed Area
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तफा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तफा 2	
		