

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0423/0089		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 07/04/23			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Arasamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65		SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: W/O Rangappa					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Kadehalli Goni Tumkur, Dist.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता: Dabbaghatta Hobli, Tumkur Taluk Karnataka					
Same as above					
OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: -		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)			
PAN No. स्थाई 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 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 सम्बंध	
1	Rangappa	73	M	Husband	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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 Card 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 विपत्ती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूची संलग्न				
1	Diagnosis RE - P102 LE - Cataract				
2	Surgery LE - Cataract + P102				
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 लिया गया सहायता राशी		

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 प्रारूप 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 दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही हूँ, इसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धारा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

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 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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी रायों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तथ्य किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से अधिभूत है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपेदक के इलाका या संग्रहे का निपटन

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 अधिकतर हस्तधारी की ओर से समर्थनप्राप्त को "कॉन्सिन्ग काउन्सेलर" से विभित सहायक हेतु शिक्षणिका की जाती है, जिसे हम (हस्तधारा) पिन्स प्रकाश से सम्यक् व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसद और न ही संघीय विधि सभाएँ किसी नैसर्गिक संस्था या किसी अन्य स्थापना से उभरती हैं, बल्कि वे संसदीय प्रणाली के अंतर्गत ही स्थापित होती हैं। इस प्रकार, संसदीय प्रणाली के अंतर्गत ही संसद और न ही संघीय विधि सभाएँ किसी नैसर्गिक संस्था या किसी अन्य स्थापना से उभरती हैं, बल्कि वे संसदीय प्रणाली के अंतर्गत ही स्थापित होती हैं। इस प्रकार, संसदीय प्रणाली के अंतर्गत ही संसद और न ही संघीय विधि सभाएँ किसी नैसर्गिक संस्था या किसी अन्य स्थापना से उभरती हैं, बल्कि वे संसदीय प्रणाली के अंतर्गत ही स्थापित होती हैं।

2. "कोशिका कायबंदेशन" से तो यह सहायता संभव विधिगत प्रकृति की है। रोगी पर इन्फाल्ट द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रोगी एवं इन्फाल्ट के बीच का विषय है और "कोशिका कायबंदेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिये इन्फाल्ट में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं इन्फाल्ट की होगी और "कोशिका" की कोई धमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

07/04/23

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Consistent with the name, the refractive

Mr. Lakshmi pathi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Sri Sankar Eye Hospital, Chennai-600 029)
on behalf of Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यासी इमरान ।

Defendant

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायसौ हस्तकथा २

2022