

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Pre-op 0219 Post-op Neelamma

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: B/0523/0219 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 23/5/23

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Neelamma AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 50 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: w/o Beegappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: H. No. 66, K. Lakkihalte Kotehalte post Tiptur Taluk Tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: - same as above -

OCCUPATION / व्यवसाय: coolie MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 25,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या: [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हा No / 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 संबंध
1	Beegappa	60	M	Husband
2	Kavitha	19	F	Daughter
3	ASHA	24	F	Daughter

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / एपीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract
	LE cataract
②	surgery RE cataract + PCI O/L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो यही आवेदन निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिक सहायता नहीं "कोशिका फाउंडेशन" से लेना चाहता हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस राशि का अतिरिक्त या समकाल विभिन्न किसी अन्य प्रायोजक/रोजगारकर्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिये जाऊँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

- 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/print-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को गृह्य करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्स न्यासी, एन. आर. आर. आर. द्वारा दुर्घटना से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पड़ने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं पूर्ण सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्स उनके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करा)

- 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 मामले/रोगी 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 वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले या किसी अन्य स्थिति में उस रोगी/रोगी से लेगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय स्वीकार/मकल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य रोगी/रोगी के मामले या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस गृह्य में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी रोगी/रोगी के मामले या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के मामले या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमारा न तो रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सही जिम्मेदार रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Handwritten signature of Mr. Lakshmi Pathi N

<p>Date of Surgery अपेक्षा की तारीख</p> <p>23/5/23</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> (Name of Dr. & Designation) M.B.B.S., M.D., M.C.O. Consultant - Photo & Refractive</p>	<p>Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital Trusts.) # 16M, Tripathi, ...</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Handwritten signature of Trustee 1</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>Handwritten signature of Trustee 2</i></p>
---	---