

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या :

B/0523/0226

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि

23/05/2023

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम

CHANDRAMMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64 yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम

w/o Chandrayya

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

Guddadapalya, Tiptur Taluk, Tumkur District

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pre-op 0226 Post-op Chandramma

OCCUPATION / व्यवसाय

Home-Makes

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय

18,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय का दाता हैं / जो मान्य हो उस पर घाटी का विवरण संलग्न करें।

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 से संबंध
1.	Chandrayya	69 yrs	M	Husband
2.	Sandeep Kumar G	42 yrs	M	Son
3.	Rani C.S	32 yrs	F	Daughter-in-law
4.	Praywal G.S	9 yrs	M	Grandson

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य 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 विरली का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LI - PCIOL
2.	Surgery RE - Cataract + PCIOL

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 / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं रहता है तो मेरे महापत्र निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस आ महापत्र पर "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में बताया गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रीबाइसमेंट ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 its 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.
- 3) इस प्रश्नपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अपने महापत्र को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रश्नपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् "व्यक्तियों, दान, संचार/वा. द्वारा उद्देश्य से जुड़ो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। वे इस प्रकार का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व "व्यक्तियों" को अधिकृत हैं।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण जो कि महापत्र के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, पूर्णतः महापत्र का इस्तेमाल नहीं बल्कि इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् "व्यक्तियों" का विभिन्न माध्यमों और माध्यमों द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराया)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की जायेंगे मेरे/हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सच व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस रूप में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता हेतु उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जायेगी वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई प्रतिक्रिया या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी उक्त मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>23/05/2023</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant रोगी (का) नाम व इलाज के लिए डॉ. 2</p>	<p><i>Mr. Lakshmi Pathi N</i> Mentor Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) यह व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---