

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/0523/0229
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 24/05/2023
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : CHIKKATHAYAMMA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष : 90yrs
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Sumanidose Gowda
पिता/कटुप्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Niluvagily, Maddur Taluk, Mandya District
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
- Same as above -



OCCUPATION : Home-Maker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्वयं खराल संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आय आय कर देता है (जो लागू हो उस पर चक्रों का चिह्न लगाए) Yes / No हाँ / 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
<i>(The entire table content is crossed out with a blue line)</i>				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिह्नित 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 चिकित्से का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - 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 लिये 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: आवेदनक द्वारा घोषणा यथा:

- 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.
 - 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.
 - 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 प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य अवश्य सच्य ज्ञात है तो वही सहायता निषेध की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि सहायता प्राप्त हो तो केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रकरण में घोषणा किया गया है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा किया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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.
 - 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, पत्र, वाचनायक द्वारा अर्पण में लूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। वे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग है पूर्णतः सहायता का इंतजाम नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उनके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

- 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:
- 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.
 - 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामांकित/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जताते हैं, 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 और सहायता के अभाव या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी-यह हमारे द्वारा ही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायता के अभाव या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उद्देश्य प्राप्त हेतु किसी और सहायता के अभाव या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से न तो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही गैर सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने को जारी रखियेगी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि <i>24/05/2023</i>	 Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, <i>Neurology & Infectious Disease</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इलाहाबाद मेडिकल कॉलेज, एम.सी.टी. 1	 Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Institute on behalf of Koshika Eye Care (A Unit of Koshika Foundation)
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2
