

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

महायत्ता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0523/0253

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

24/05/2023

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SARASWATHAMMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60 yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

w/o Shreekantha Shetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gulusey, Maddurasi Taluk, Mandya District
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

- Same as above -

Pre-op
0253Post-op
Saraswathamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home-Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

20,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थाई खला संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बन्ध
1.	Shreekantha Shetty	70 yrs	M	Husband
2.	Mahesha G.S.	41 yrs	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महायत्ता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महायत्ता हेतु किए गये विकारों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायत्ता 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 महायत्ता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताए जाया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरता से प्रतिबद्ध हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि इस सहायता से मुझे किसी भी प्रकार का भुगतान या वापस मिलना किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
 - 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 अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोप, दान, वाक्य/वाक्य द्वारा इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषय में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत करें। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोप अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है मुझे स्वतंत्र, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यायोप न्यायोप का अंतिम और अविरोधी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

- 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:
- 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 जाते हैं या अंगूठे/अंगूठे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेषी उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेषी मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेता/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही यह सहायता या किसे यह 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 सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या वापस मिलना इस प्रकरण में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन का तारीख</p> <p>24/05/2023</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> MBES, MS, FPRS, FICO Consultant, Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व स्टैम्प</p>	<p><i>Lakshmi</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Lakshmi Prathi N Marriage Consultant Institute for Specialized Eye Care (A unit of Shiksha Eye Care Trust.) विशेषी के नाम, पद और स्टैम्प</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (केवल कोशिका फाउंडेशन के लिए)

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