

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: N/0622/0405
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 1/06/22
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Sunandamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 55
SEX F



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Babovargju
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Kannithalapur, Gandhipeete Taluku
Channarayana District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - Same as above -

Preop Postop
0405 Sunandamma

OCCUPATION: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 20,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. नहीं छात्रा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No: No ✓

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	Jayamma	80	F	Mother
2	Shanthamma	48	F	Sister

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) आपूर्तिकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निशानों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 लगे हुए सहायता राशि
1	D BCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात्: धारा 4(1) के तहत)

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किता जायेगी। जो इस प्रारूप में बताना है।
 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने कहीं से भी सहायता के लिए नहीं किया है, न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात्: धारा 4(2))

- 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/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 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 अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्: धारा 4(1) के तहत) अपनी जानकारी को यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में बताना है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए इस्तेमाल कर सकते हैं। इस प्रारूप में बताना है।
 2) मैं (अर्थात्: धारा 4(1) के तहत) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, वे स्वयं-तः सहायता के लिए अधिकृत नहीं करते। सहायता का प्रदान करने का निर्णय केवल "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा ही किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थात्: धारा 4(1) के तहत का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थात्: धारा 4(2))

- 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.
- यहाँ पर अधिकृत, हस्ताक्षर की जायेगी और मैं यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को बताना है, कि मैं (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता देता हूँ।
 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करूँगा/कराऊँगी, जो कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो मैंने सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ। इस प्रारूप में बताना है कि मैंने सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं लेनी है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरे एवं हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में मेरे को सहायता सुरक्षित और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी मेरी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरिजन की तारीख 1/06/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shree Siddhanta Hospital Trust) HMC Road, Nagpur-465001	Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name Designated as Authorized Signatory (A Unit of Shree Siddhanta Hospital Trust) # 15/M, Thimra Road, Nagpur-465001
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थात्: धारा 4(2))

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	