

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N/0622/0407 APPLICATION DATE: 1/06/22

NAME of APPLICANT: Mahadevamma AGE-YEARS: 60 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Mahadevappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Kelaburpura, Sindanapura Post, G...

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Gundlupete taluku, Chamaraingore, Karnataka

- Same as above -

Pos op post op 0407 Mahadevamma

OCCUPATION: Home maker MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: 20,000/- (Attach Proof of Income)

PAN No.

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Maheshi	3.5	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card	<input checked="" type="checkbox"/> EWS Certificate	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
----------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis RE Cataract, LE Cataract
2	Surgery LE Cataract + PCRS

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मांगी है, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण से ही हीत किया जाएगा, जो इस प्रारूप में दया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो पूरा या आंशिक रूप से मदद मांगने का इरादा नहीं रखता।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, कक्षा/पत्रिका द्वारा उद्देश्य में बड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विवरण के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे प्रारूप में दान या मदद के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मांगी जा सकती है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है पूर्ण सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के भरोदारों का निर्णय अंतिम और अक्षरवादी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया गया)

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 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 भरोदार/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थापन या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिए मांगने से पूर्व ही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उदाहरण के उदाहरण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन/उत्पादन हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य सारकारी संस्थापन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर वित्तीय मदद उदाहरण के लिए किसी भी सारकारी संस्थापन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता संकलन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह उदाहरण या किसी अन्य सहायता/संस्थापन का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर ने रोगी से उदाहरण सुरक्षा और अपने करने की सारी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए घोषणा

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
1/06/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Sight Research & Eye Care
(A unit of Shree Chandra Eye Hospital & Research Centre)
KMC Reg No - 81121

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
Institute for Sight Research & Eye Care Trust)
(A unit of Shree Chandra Eye Hospital & Research Centre)
16/3, The Mall, Indraprastha, New Delhi - 110 028

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2