

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0622/0408 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 1/06/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Thayamma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 50 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम : w/o Chikkaraachanayaka



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Chikkahupura, Gundlupete Taluku

Chamarajanagera District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

Pse op Post op
0408 Thayamma

OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 25000/-

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

PAN No. : स्थायी खजाना संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस या 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधा

<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) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गए किसी 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 + PCTAL

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 जो वह सहायता राशी
①	D.B.C.S	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा करना)

- 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 बताना चाहूँ कि इस प्रारूप में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं इस बात को अत्यंत गंभीरता से "कॉशिका फाउंडेशन" से लेने जा रही हूँ, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- (3) मैं यहाँ बताना चाहूँ कि मैं किसी सहायता हेतु एक स्रोत से नहीं लेती हूँ, उस स्रोत का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में दीये गए हैं, उसे "कॉशिका" एम्बुलेंस, एन. एच.एस.ए. एवं इतर माध्यमों द्वारा उद्देश्यों के लिये प्रचारित और प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। इस प्रारूप का विवरण मेरी सहायता के लिये या बाद में करने के लिये "कॉशिका फाउंडेशन" के न्यायोपक्ष अधिकृत है।
- (2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के लिये प्रचारित और प्रसारित करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है, इस सहायता के उद्देश्यों के लिये अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

- 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.

- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- (1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु किसी और स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रतिफल प्राप्त करने के लिये "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारंभ किया है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा सकती है तो हम सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट करना चाहते हैं कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेते/लेगी।
- (2) "कॉशिका फाउंडेशन" से लेने जा रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेने वाले सहायता का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुचारु और अपने अपने की सही विधि/प्रकार से एवं हस्पताल की क्षमता और "कॉशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 1/06/22	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shree Bahadra Eye Hospital Trust) Kharak Road, New Delhi-110032</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory (A Unit of Shree Bahadra Eye Hospital Trust) # 15/M, Thimble Road, New Delhi-110032</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा करना)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2