

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE					
(Healthcare)					
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. आवेदन संख्या :		B/0623/0412	APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 06/06/2023		
NAME OF APPLICANT आवेदक का नाम		VENKATAMMA	AGE-YEARS आय-वर्ष	GENDER लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/हस्ताक्षर का नाम		w/o Reddappa	60yrs	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पत्ता					
Punyahalli, Hebbali, Mulbagal Taluk,					
Kolara District, Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासस्थान पत्ता					
Same as above -					
OCCUPATION व्यवसाय	Home-Maker			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	22,000/-			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No.	स्थाई पहचान संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) जो आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नित करें):					
Yes / No हाँ / नहीं ✓					
FAMILY DETAILS परिवार के विवरण					
Sr.No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार की सदस्याओं का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर्म प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशियनेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य ✓		
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने बिनीती का उद्देश्य;					
Sr.No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबन्ध सूची संलग्न				
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract				
2.	Surgery RE - cataract + PCTOL				
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 ली गई सहायता राशि	
1.	DBCS			2,000/-	

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 कबल यह कि इस प्रकार में दिने एवं यहाँ कबल मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई कबल एवं कथन अत्यंत पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", में ही जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में भरा गया है।

3) मैं यहाँ पर कबल यह कि निम्न सहायता जो यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशेष या समकाल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/विधेयक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनायक द्वारा उद्देश्य में जुटी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम-पता, फोटो और विवरण जो कि महापता के उद्देश्यों में प्रेषित है पूर्ण स्वतः महापता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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.

हमारे अधीनस्थ, इसकाफी को और से सामने/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, 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 भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम गृहित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से नहीं लेने/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गत सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेने गत सहायता या किसी गत उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल से बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी से इलाज सुझा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Lakmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant, Phaco & Refractive
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
इच्छा नमो वरुणाय नमो २

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Sri Lanka Hospital Trusts.)
8/M. Thirumala Road, 100003, New Delhi, India

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर २

Exempel

2020