

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0622/0416	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 1/06/22	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Sarojamma	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 45	SEX लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्भ का नाम : w/o Raju	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Anur, Gundlupete Taluku, Channarayana District - Karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता - Same as above -		 <p>Pscop Postop 0416 Sarojamma</p>
OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 25000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)	
PAN No. : स्थाई खाता संख्या		

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
? आय आप का योग है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / 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 संबंध
1	Raju	66	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनियम 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE.
सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE Cataract LI 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 जो यह सहायता रही
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्थीक द्वारा किया गया)

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक द्वारा किया गया)

- 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.
 - 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्थीक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बतिया है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 2) मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रयोग किए जा सकते हैं, सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित या प्रसारित की गई जानकारी अंतिम और बाध्यकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थीक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

- 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.
- इससे अधिकृत, इसलिये कि जो हमारे द्वारा/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रदान करने के लिए या नहीं कर सकते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए या नहीं कर सकते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए या नहीं कर सकते हैं। इस प्रश्न में बताना जाता है कि हमें सहायता प्राप्त करने के लिए या नहीं कर सकते हैं।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव केवल रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हॉस्पिटल में रोगी के इलाज का पूरा और जवाबदेही रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए, संस्तुति

Dr. Nagesh B N

Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surg.
Institute for Diabetes & Eye Care
(A Unit of Shree Siddhanta Hospital & Health Services)
15/M, Thimble Road, Indraprastha, New Delhi - 110 028

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

(Name of the Authorized Signatory
(A Unit of Shree Siddhanta Hospital & Health Services)
15/M, Thimble Road, Indraprastha, New Delhi - 110 028

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थीक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2