

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : N/0622/0417	APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 1/06/22
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Nagamma	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60
	SEX लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : w/o Mahadevappa	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : Benathalli Vallammanahandi	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : Gundlupete taluku, Chamarniangana Kasanahka	
- Same as above -	
OCCUPATION / व्यवसाय : Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 25,000/-	(Attach Proof of Income) / (आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)
PAN No. / आय का प्रमाण पत्र : -	



Preop Postop
0417 Nagamma

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 मैं आय कर का दाता हूँ (जो लागू हो उसे पर चिह्न का निशान लगाएँ): 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	Mahesh M	47	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / मासिक राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basic Proof / अन्य कोई साक्ष्य
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्थात् द्वारा भरा जाना है)

- 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 बताने का हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य एवं सही नहीं बताया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ बताने का हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ बताने का हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्व या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिक या समान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से प्राप्त किया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् द्वारा भरा जाना है)

- 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बताने के लिए, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, दान, सहायता एवं उद्देश्य से जुड़े विवरणों को प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पश्चात् या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थात् के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थात् द्वारा भरा जाना है)

- 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 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते हैं या भविष्य में "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से वित्तिय सहायता से वित्तिय सहायता को नहीं है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या लगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरा है कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता/सहायता से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित करने का अर्थ है कि हस्पताल वित्तिय सहायता से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं प्राप्त होगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त होगी वित्तिय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता के बिना मेरे उपचार/उद्देश्य का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी को उपचार सुझा और अपने अपने को सही जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सहायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>1/06/22</p>	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Krishna Eye Care Centre) KMC, Reg No. - 81123</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach In Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Shree Krishna Eye Care Centre) # 16/M, Thimraigh Road, Muzaffarpur, Bihar</p>
-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थात् उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2</p>
	