

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वस्थ देखभाल)



APPLICATION No : आवेदन संख्या : N/0622/0420	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 1/06/22
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Siddamma	AGE-YEARS : उम्र-वर्ष : 60
	SEX : लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम : w/o Chennaiah	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Kandegala Bettaballi Gundlupete Taluku Chamarajanager District, Karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता - Same as above -	
OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 20,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)
FAN No. : सर्वोपलब्ध खाता संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / No हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>	



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	Chennaiah	82	M	Husband
2	Siddaraju	30	M	Son
3	Babamma	34	F	Daughter
4	Geetha	32	F	Daughter

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

<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) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) आय-आय कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न
1	Diagnosis RF Cataract LE Cataract
2	Surgery RF Cataract + PCIA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई वर्ष सहायता राशि
1	DRCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य संपन्न प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण से लिए बिना उपयोग, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रकरण या अपने इसका या अंग्रेजी को बना लेना, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में शामिल हैं, इसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, वसुधायुक्त दवाओं उपकरणों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं; मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उपकरणों से प्रचारित हैं पूर्ण सहायता का इंतजार नहीं करता; इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के इलाका या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षरों को जोड़ने से मान्यता/प्राप्ति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो कोशिका और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संचालन या किसी अन्य संगठन से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से संभव है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त करने सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मगर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन अतिरिक्त/अलग हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सिफारिशों संभव या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम सुनिश्चित करते हैं कि हस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता हेतु किसी भी सहायता संभव या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त विनियम प्रकृति को है। हमारे पर हस्पताल द्वारा ही सहायता या बिना सहायता/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में हमारे द्वारा सुरक्षित और अपने कर्तव्य को जारी रखने/प्राप्ति हेतु एवं हस्पताल को हमारे और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन 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 Baba Eye Care Trust) KMG Hospital, Bangalore</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name Designated as Signatory of Authorized Signatory (A unit of Shree Baba Eye Care Trust) in behalf of Hospital) # 16/M, Thimmaiah Road, Malleswara, Bengaluru</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2
---	---