

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: M/0622/0441
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 3/06/22
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Sharadamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 60 SEX F
वय-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Basogouda
पिता/सहोदर का नाम



Pre OP 0441 Post OP Sharadamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Mugaluru, main Sandra Habli, turvekere taluku

Tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

OCCUPATION: Coolie

MARRIED () / UNMARRIED ()

TOTAL ANNUAL INCOME: 22,000/-

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

PAN No. स्वयं खोजें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान 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
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरण अथवा

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गत सहायता राशि
1	DRCG	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया गया 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक झूठे बयान प्रमाण 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 इस उद्देश्य को पूर्णतः कर लेने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी तरह से भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया गया है)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photograph/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 (अर्शिका) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बताने हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, दान, सहायता प्राप्त उद्देश्य से पूरी तरीके/धरों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पालने का काम में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य में प्रयोग किया जा सके, सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया 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.
- हस्ताक्षर/छाप, हस्ताक्षर को जोर से समझने/पढ़ने के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देना चाहते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रतिवेदन प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा सकती है, तो हस्पताल को सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि हस्पताल पूर्णतः सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल वित्तीय प्रयोजनों के लिए ही किया जाएगा, जो कि मेरे प्रश्न में बताने का काम में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पालने का काम में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>3/06/22</p>	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgo Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Chhatrapati Shahu Maharaj KMC, Raipur)</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Nagesh, Diabetes & Eye Care & Family Signatory (A unit of Shree Chhatrapati Shahu Maharaj KMC, Raipur)</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका द्वारा उपयोग हेतु)

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