

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **N/0622/0451**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **3/06/22**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Channamma**

AGE-YEARs : उम्र-वर्ष **70**

SEX : लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम **w/o Kempaiab**



pre op 0451 post op Channamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता  
**Anekere, Nayakananahatta, Kosaba hobli**

**trovekere taluka, Tumkur 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 **---**

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

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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
<b>None</b>				

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Ration Card</b> (Attach Copy) इतराईका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साधन
--	---	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE**  
सहायता हेतु किसे लगे बिमारी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
<b>1</b>	<b>Diagnosis</b> <b>RE - Cataract</b> <b>LE - Cataract</b>
<b>2</b>	<b>Surgery</b> <b>LE - Cataract + PCIOL</b>

**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 कोई एवं सहायता राशि
<b>1</b>	<b>DBCS</b>	<b>2,000/-</b>

**DECLARATION by APPLICANT (अर्थक: द्वा. मरुत-११)**

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक काल असत्य पाया जाता है तो सभी सहायता निधि को खारिज कर दिया जा सकता है।  
 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।  
 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब तक किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से मदद नहीं ले चुका हूँ और भविष्य में नहीं लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक: द्वा. मरुत)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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.
  - 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (अर्थक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में माँगा है, उसे "कोशिका" एन.डी.ओ. द्वारा, प्रचार/पत्र द्वारा, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से, वृत्त, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। इस प्रकरण का विवरण को प्रचार के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। इस प्रकरण के लिये मदद मिलने का अधिकार केवल "कोशिका" एन.डी.ओ. ट्रस्टी के पास होगा। इस प्रकरण में "कोशिका" एन.डी.ओ. ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्थक: डॉ. इन्द्रजित या अंगुठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वा. मरुत)**

- 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 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.
  - 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.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मरुत/अंगुठी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, किसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण से मदद न स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अधिकृत करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित/अधिकृत/स्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय प्रकरण पर उत्तरदायित्व लेने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार द्वारा ही नहीं किया जा सकेगा या किने गये उपकरण/उपकरण का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी रोगी का कोई रकम नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और उसे करने को जारी रखेंगे/लेगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई वित्तिक या वित्तिकारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

*Dr. Nagresh B N*  
 Consultant, Medical Superintendent,  
 Cornea, Cataract & Refractive Surgery  
 Institute for Diabetes & Eye Care  
 (A unit of Shree Siddhanta Hospital & Health Services Pvt. Ltd.)  
 KMC Baghigaon, Guwahati, Assam

*Mr. Lakshmi pathi N*  
 Manager Outreach  
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
 Institute for Diabetes & Eye Care  
 (A unit of Shree Siddhanta Hospital & Health Services Pvt. Ltd.)  
 # 16/M, Thimaitan Road, Assam (Guwahati) Area

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 नामी हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 नामी हस्ताक्षर 2

*[Signature]*