

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षामार्ग)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0622/0453 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 3/06/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Nanjamma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 59 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्याका नाम : co/o Katakhasi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
ladiyannagar, Dabbehhatta Habli, Aravikere
haluku Tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
Same as above



Prop 0453 part of Nanjamma

OCCUPATION : व्यवसाय : Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 30,000/- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. : पान नं. खाली छोड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (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
Blank row				

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएसएस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लाने बिता का उद्देश्य:

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

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
<u>1</u>	<u>ORCS</u>	<u>2,000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक 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 पर बताना हूँ कि इस फॉर्म में उल्लेख किये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसरण करते हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताना गया है।
- (3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने कहीं से भी सहायता के लिए आवेदन नहीं किया है और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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.
 - 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो एवं "कोशिका फाउन्डेशन" को सहायता के लिए अनुरोध की गई उद्देश्य के विवरण का उपयोग करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए, सहमत हूँ। कोशिका फाउन्डेशन को मेरी सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के नाम से प्रचारित करने के लिए, सहमत हूँ। कोशिका फाउन्डेशन को मेरी सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए, सहमत हूँ। कोशिका फाउन्डेशन को मेरी सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए, सहमत हूँ।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन के द्वारा प्रचारित करने के लिए, सहमत हूँ। कोशिका फाउन्डेशन को मेरी सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए, सहमत हूँ। कोशिका फाउन्डेशन को मेरी सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए, सहमत हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending that 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 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.
- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

(1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सहायता के लिए। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया जाता है कि हमारा प्रमुख उद्देश्य है कि हमें सहायता के लिए सिफारिश करने वाले किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं लेनी चाहिए।

(2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे द्वारा ही किया जाएगा या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा डॉक्टर का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा प्रमुख उद्देश्य है रोगी को सहायता प्रदान करना और उसे अपने सभी अधिकारों को सुरक्षित रखना और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमत

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>3/06/22</p>	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery, Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Koshika Eye Care Trust) KMC, Nagpur</p>	<p>Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach for Diabetes & Eye Care (A unit of Koshika Eye Care Trust) # 18/M, Thiruvananthapuram</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--