

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0456 APPLICATION DATE : 3/06/22

NAME of APPLICANT : Mayamma AGE-YEARS : 60 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o cheralah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Doddamalligese, mayabangsa hobli Tumakete

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above



pre op post op
0456 Mayamma

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

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/- (Attach Proof of Income)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE

<input type="checkbox"/> BPL Card	<input type="checkbox"/> EWS Certificate	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
-----------------------------------	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery RE - Cataract + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1	DICS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरना 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन झूठ साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं हूँ, उस मदद का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करना)

- 1) 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/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 fulfilment 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 का निशान देकर मैं (अर्शिका) अपने सहायता को स्वीकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रश्न में दीये हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सकों द्वारा उपचार के लिये विज्ञापित और प्रचारित करने के लिये उपयोग कर सकते हैं। इस प्रश्न का विवरण को प्रचारित करने के लिए मैं अपने नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद स्वीकार करता हूँ।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रचारित करने के लिये प्रयोग करने का अधिकार नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

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 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.

हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा अर्शिका को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें अर्शिका फाउन्डेशन से प्राप्त करने के लिये आवश्यक है। यदि अर्शिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने खर्च को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस स्वीकृति के साथ हम यह भी स्वीकार करते हैं कि अर्शिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता मिलने के बाद भी अर्शिका फाउन्डेशन को अर्शिका फाउन्डेशन से कोई भी सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एक हस्ताक्षर के साथ ही किया जायेगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपचार के लिए अर्शिका फाउन्डेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>3/06/22</p>	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diagnosis & Eye Care (A unit of Shree Siddhanta Eye Care Center) KMC Reg No. - 81123</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shree Siddhanta Eye Care Center) # 16/M, Thimraich Road, Miller Road Bed Area</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका के लिये उपयोग हेतु)

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