

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: N/0622/0458 APPLICATION DATE: 3/06/22

NAME of APPLICANT: Rangamma AGE-YEARS: 76 SEX: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: w/o putappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Siragate Behind Kalidasa School, Tambur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above



pre op 0458 post op Rangamma

OCCUPATION: Home maker MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income)

PAN No. (आपका PAN नंबर)

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

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: surgery RE cataract + PCIOL

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis: RE - Cataract, LE - Cataract
	Ⓢ surgery RE cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरा जाना 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 प्रकरण में मिले जाने वाले सहायता के अर्थों का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा। यदि कोई भी कथन सत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले जाने वाले सहायता के अर्थों का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जिसके लिए मैंने सहायता का अनुरोध किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने भविष्य में अपने सहायता के अर्थों को पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त करने में नहीं सोचा है और नहीं सोचूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरा जाना है)

- 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/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 it's 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपने सहायता के अर्थों का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रकरण में अधिकांश है, जैसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य के लिए सहायता के अर्थों को प्राप्त करने के लिए। इसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जिसके लिए मैंने सहायता का अनुरोध किया है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के अर्थों के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जिसके लिए मैंने सहायता का अनुरोध किया है। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य के लिए सहायता के अर्थों का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य के लिए सहायता के अर्थों का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा भरा जाना 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 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 को और से सत्यापित करने के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए सोच रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किया है। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के अर्थों का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिले जाने वाले सहायता के अर्थों का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

(Handwritten signature)

<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 Shri Chandra Eye Care Trust) K.M. Reg No - 81123</p>	<p>Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach (Name Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) (A unit of Shri Chandra Eye Care Trust) # 15/M, Thimmarasu, Hyderabad - 500015</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायो हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायो हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>(Handwritten signature)</i></p>	<p><i>(Handwritten signature)</i></p>