

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **N/0622/0465** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **3/06/22**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **Shivaram** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **61** SEX / लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : **s/o Nanjappa**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : **3rd block mayamudi talukese talukesi**

hunkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता

Same as above



preop post op 0465 Shivaram

OCCUPATION / व्यवसाय : **Coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **30,000/-**

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / पैन नंबर : **सबसे खाली छोड़ें**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उसे पर चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य 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 विनति आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / एपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / एलएस सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Rajan Card (Attach Copy) / राजकीय कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु विनति करने की उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis: RE-cataract, LE-cataract
2	Surgery: LE-cataract + Priol

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

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा प्रार्थना पत्र)

- 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 प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविकता से भिन्न प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ यकीनपूर्वक रूप से "अर्शिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल इस प्रकरण के पूर्ण को निम्न उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ यकीनपूर्वक रूप से यह प्रमाण दे रहा हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त करूँगा और न ही बीमा में मुँह।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा प्रमाण)

- 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 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहायता को सुनिश्चित करता हूँ एवं "अर्शिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, उसे "अर्शिका" एवम् अन्य माध्यमों, दूर, आवाज/चित्र द्वारा उद्देश्य से जुड़ी व्यक्तिगत और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निष्पत्ती के प्रमाण के पहले या बाद में मेरे नाम के लिए "अर्शिका फाउन्डेशन" से किसी भी प्रकार का प्रचारण नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं सुनिश्चित रूप से सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "अर्शिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा प्रमाण)

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.

इससे अधिकृत, इंतजार करने की और से प्रस्ताव/रोगी को "अर्शिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रमाण से सत्य व स्वीकार्य करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए मांगी जा रही है, जैसे कि हमने "अर्शिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उम्मीद की सम्बंध में "अर्शिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "अर्शिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिश्चित/अनुमोदित नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित रूप से स्पष्ट करता है कि हस्ताक्षर किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
2. "अर्शिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल इस प्रकरण के लिए ही किया जा सकता है। इससे सहायता संगठन के बीच का विवाद है और "अर्शिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचारण नहीं है। हमारे द्वारा सहायता संगठन से सहायता मांगी जा रही है और हमें अपने को सही सिफारिशें देनी एवं हस्ताक्षर को सही और "अर्शिका" को सही सुनिश्चित या सिफारिशें देनी पड़ेंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 3/06/22	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Balaram Eye Hospital) KMC, Reg No. - 61123</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name of Authorized Signatory (A unit of Shree Balaram Eye Hospital Trust) # 15/M, Thiruvananthapuram, Kerala</p>
--	--	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2
	