

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0468 APPLICATION DATE : 3/08/22
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Sannathimmaiah AGE-YEARS : 75 SEX : M
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : s/o Doddalakkiah
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Aralikere Kasaba hobli Channarayana taluque
Hunkur District Karnataka
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
स्थायी निवास पता



px op post op
0468 Sannathimmaiah

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

TOTAL ANNUAL INCOME : ————— (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का वार्षिक आय)

PAN No. : ————— ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No

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)
1	<u>Dammesh</u>	<u>25</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए कौन आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) परिची रकम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Receipt/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये कौनों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कौनों अन्य स्रोत से प्राप्त गयी है?

Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (जो प्राप्त सहायता राशि)
1	<u>DBCS</u>	<u>2000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा प्रस्तुत है)

- 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 बताने का हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं मान्य माना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक निश्चिंत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ पर बताने का हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में कहीं भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही सहायता लेऊँगा और न ही बीमा में दावा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देना (अर्शिका) अर्शिका फाउंडेशन को सहायता हेतु दिये गए "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" एनएमडी, टीवी, पत्रिकाओं द्वारा प्रचारित या सूची लक्षितियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी उचित माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य के पारदर्शिता के बिना मेरे बिना "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता से उपरोक्त में प्रकाशित हैं पूर्णतः सहायता का इंतजार नहीं करते। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएमडी ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

- 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 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.
 - 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.
- यहाँ पर अधिकृत, हस्ताक्षर की जाने वाली सहायता हेतु "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकृत से प्राप्त न कर सकेंगे।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रतिफल प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रकृत हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रस्तुत उद्देश्य हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेने।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त किया जा रहा है। ऐसा ही हस्पताल द्वारा ही सहायता के लिये न ही उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीमा का निशान है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसे में हस्पताल द्वारा ही सहायता लेने की सही जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को हानि और "कोशिका" को कोई क्षति या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति 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 Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Krishna Hospital, Lucknow) KMC Road, No. 1, Lucknow - 226001</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory to be affixed on behalf of Hospital) # 105, Thimra Road, Lucknow</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका उपयोग हेतु)

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