

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0622/0475 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 3/06/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Sarjereubiah AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 82 SEX लिंग : M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Kerevalgehalli Sarjanahalli post, Tuluvekere taluku
Humbler district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
Same as above



Pre op Post op
0475 Sarjereubiah

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

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

PAN No. : सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान 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 सम्बन्ध
1	/			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि अन्तः

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लगे किसी का उद्देश्य:

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

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 ली गई सहायता राशि
1	<u>DBCS</u>	<u>2,000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा प्रेषित 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहायता को प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में दिये जा रहे हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से लोगों को सचेत करने के लिए किया जा सकता है। इस प्रकाशित करने में शामिल करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण भी प्रकाशित करने के लिए या अन्य किसी भी "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रकाशित करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रकाशित न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित इस रोगी के मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करने का उद्देश्य है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रारूप में दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार प्रदान करने के लिए जिम्मेदार रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए अनुमति

<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 Shree Siddhanta Eye Hospital) KMGFR (B) No 1, 81123</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name of the Hospital & Signature of Authorized Signatory (A unit of Shree Siddhanta Eye Hospital) # 16/A, Thimara, Bhopal, Madhya Pradesh</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्शिका उपयोग हेतु

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