

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **N/0622/0493**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **7/6/22**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Kempamma**

AGE-YEARS आयु-वर्ष : **60**
SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : **w/o Sannappa**



Pre op 0493 post op Kempamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : **Cheelanahalli mandya district Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय : **Coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **28,000/-**

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

AAN No. स्वयं उक्त संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No हाँ / 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
1	U Sugatah	36	M	Son
2	Masuga	26	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विरति अंश

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किए गए किसी का 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 RE-Cataract + PCIO

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 लेने का अंश/राशि
1	DICs	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

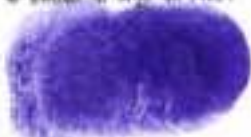
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र 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 निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने उद्देश्य के लिए, अपने स्वयंसेवक/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार का भुगतान/पैसे का भुगतान नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एनएम ज्यूरि, टार, कचन/ए टूरो इत्यादि से जुड़े गैर-लाभकारी और उद्देश्यकारी के लिये किसी भी उद्देश्य के प्रचारित करने के लिए उपयोग करेगा। मैं इसका उपयोग मेरे उद्देश्य के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अनुरोध करता हूँ।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों द्वारा प्रचारित किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" एनएम ज्यूरि के निर्णय अंतिम और अपील योग्य होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- 3) इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से मालूम/रिपोर्ट को "कोशिका फाउंडेशन" में विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 4) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने का अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अंतिम/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम पुष्टि में स्पष्ट करता जात है कि हस्पताल द्वारा मंजूर किया गया उद्देश्यकारी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
- 5) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है। मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने उद्देश्य के लिए, अपने स्वयंसेवक/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार का भुगतान/पैसे का भुगतान नहीं करूँगा।
- 6) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों द्वारा प्रचारित किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" एनएम ज्यूरि के निर्णय अंतिम और अपील योग्य होंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 7/6/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shradha Eye Care Trust) KMC Reg No - 81123	Mr. Lakshmiopathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Shradha Eye Care Trust) # 16/M, Thimmarah Road, Jindal Park, Badli Area
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्यूरि हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्यूरि हस्ताक्षर 2