

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No : N/0622/0494 APPLICATION DATE : 7/6/22
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Chenamma AGE-YEARS जन्म-वर्ष 70 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o chikaraih
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव्य आवासीय पता
Dudda hobali puttikoppalu mandya
madchatanehalli mandya district Karnataka
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
Same as above



Pre op Post op
0494 Chenamma

OCCUPATION : Home maker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. सर्वोपलब्ध संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| / | | | | |

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

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Bion Card (Attach Copy) उपभोग्य 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

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

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

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता राशी |
|------------------------|---|---|
| <u>1</u> | <u>OBES</u> | <u>2,000/-</u> |

DECLARATION by APPLICANT (अर्थात: दाता द्वारा)

- 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 घोषणा करता 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसकी घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से मिले हुए धन, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में नहीं, अपने स्वास्थ्य के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो धन ले और न ही धनिक में प्रवेश करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात: दाता द्वारा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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.
 - 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, मैं (अर्थात: दाता) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, दूर-संचारण या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगा। इसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए किया जायेगा और/या कोशिका फाउण्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जायेगा।
- 2) मैं (अर्थात: दाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउण्डेशन" के द्वारा प्रसारित करने के लिए उपयोग करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं बनता। इस सहायता के लिए "कोशिका" द्वारा, प्रदान की गई सहायता का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्थात: दाता या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की जायेगी मेरी/हमारे/हमारे "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान से मान्यता दे सकते हैं।

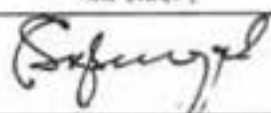
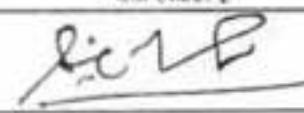
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होगी, जो हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकृत में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल पूर्ण रूप से इस रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और जारी करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत करने के लिए अनुमति

| | | |
|--|--|---|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>7/6/22</p> | <p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Dr. K. R. Reddy, No. 4 with Stamp) K.R.C. Reg No - 81121</p> | <p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name of Signatory/Name of Authorised Signatory (A unit of Shantibeta Eye Hospital Trust) # 1034, Thimmaiah Road, Madhavaram</p> |
|--|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थात: उपयोग हेतु)

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