

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षणार्थ)



APPLICATION No. : N/C22/0495

APPLICATION DATE : 7/06/22

NAME of APPLICANT : Munisajamma

AGE-YEARS 45 SEX F

FATHER'S-SPOUSE'S NAME : w/o Sobbaraju



Pre op post op
0495 Munisajamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Rattathi habli mandya Tq, Kalakassanadoddi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Thaggahalli mandya district Karnataka

Same as above

OCCUPATION : Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 32,000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. स्वयं उल्लेखित

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे 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 संबंध
1	<u>Pattaswamy</u>	<u>21</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
2	<u>manikanta</u>	<u>21</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>manu S</u>	<u>24</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षक के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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 किये गये विधियों का उद्देश्य:

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED उसी उद्देश्य के लिये सहायता राशि
1	<u>DSCS</u>	<u>2,000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक: द्वा. करण: १३)

- 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 प्रकरण 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 द्वा. करण: करके यह "कॉशिका फाउन्डेशन", से भी जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताना गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु या उसके अंश को नहीं, उस दवा, उपकरण या उपचार के लिये अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक: द्वा. करण:)

- 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्थक: करण:) अपने स्वयंसेवक को पूर्ण रूप से "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रेषित करें, उसे "कॉशिका" एम्ब्लम, चित्र, वाक्यांश या अन्य उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रमाण का विवरण को प्रकाशित करने या काल में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थक: करण:) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण रूप से सहायता का इंतज़ार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कॉशिका" एम्ब्लम, चित्र, उपलब्धियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक: करण: के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वा. करण:)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/तलवे को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त की गयी या नहीं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियोगित उक्त के सम्बन्ध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियोगित/प्रदान हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त उद्देश्य हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से नहीं ली गयी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गयी उपचार या विनियोगित उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों को नहीं विनियोगित रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/6/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Cornea & Eye Care (A unit of Sri Aravind Eye Care Trust) KMC Reg. No - 51123	Mr. Lakshmi Pathi N Manager, Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Institute for Cornea & Eye Care on behalf of Hospital, (A unit of Sri Aravind Eye Care Trust) # 16/M, Thirumala Road, Alipati, Red Area
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2