

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : H/0622/0503
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 1/06/22
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Jayamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 59 F
वय - वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Daddanirajiah
पिता/पति का नाम



Preop Post op 0503 Jayamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 131, New water tank, cheeranahalli, mandya district
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : Coolie
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. उपरोक्त खाली रखें

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किन्ती 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 आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other L.Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे करने किन्ती का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों के प्रमाण
<u>1</u>	<u>Diagnosis RE-Catamont LE-Catamont</u>
<u>2</u>	<u>Surgery LE-Catamont + Pridol</u>

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया गया)

- 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.

- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं झूठा प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिलूँगा और न ही भविष्य में मिलूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया गया)

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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शिका) अपने सहायता को पुरखे करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोट और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रचारित, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से जुड़ी एक्टिविटीयों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के लिए प्रचारित, दूरदर्शन का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उपलब्ध जानकारी का प्रसारण और प्रचारण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया गया)

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:

- 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे संस्थान को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रश्न में सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या न तो है, और कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश, उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रचारित किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अर्शिका/रोगी हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुरखे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उस रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जाता है। रोगी या अस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता को देने गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं अस्पताल को सौंपा जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे अस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षित और अपने अपने को जारी रखने/लेने रोगी एवं अस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/6/22	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Ocular Health (A unit of Shree Chandra Eye Care Trust) RMC Reg. No - 81123</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name of Designated Signatory (A unit of Shree Chandra Eye Care Trust) # 16/M, Thimmaru Road, Malavalli, Hyderabad</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्शिका उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2