

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **N/0622/0504**
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **7/06/22**
 आवेदन तिथि

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

AGE-YEARS **60**
 आयु-वर्ष

SEX **F**
 लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **w/o Ningaiah**
 पिता/पत्न्य का नाम



Pre-op Post-op
0504 Muddamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **Kothathi Hobali mandya 1q, Channarayana**

mandya district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **Same as above**

OCCUPATION : **Coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **28,000/-**

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

AAN No. **सर्वेक्षण संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर 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 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 की)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे कौन किसका उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों/पुस्तिकाएं संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery LE-Cataract + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कौन अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है)

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन कितनी सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रपत्र में दिए गए 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।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में धारा 1 पर है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह उद्देश्य नहीं करूँगा कि, इस धरातल का अर्शिका या सहायता किसी अन्य प्रदाता/रोजगार/बीमा कम्पनी से प्राप्त करूँगा जो कि मेरे लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा स्वीकार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-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 fulfilment 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.
- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शिका) अर्शिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस प्रपत्र में घोषित "उद्देश्य" के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग करने के लिए, "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, उनके द्वारा, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित विवरणों का निर्वाह अर्शिका और सहायकों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- 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 ओर से सहायकों/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
 - यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने के लिए हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना पड़ेगा।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी को हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या कौन भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझा और उसे करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले 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, Comsa, Cataract & Refractive Surgery Institute for Ophthalmology & Eye Care (A unit of Shree Chandra Eye Hospital) KMC Reg No. - 81122	Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Design, Dist & Seal of the Authorized Signatory (A unit of Shree Chandra Eye Hospital) # 15A, Thimmarasu Street, Malavalli, Hyderabad
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्शिका उपयोग हेतु

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