

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0505
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 7/06/22
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Sakamma
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 60
 आयु-वर्ष

SEX : F
 लिंग

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



PRE OP Post op
 0505 Sakamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : No 1551-1 Chikanahalli mandya ki mandya
 वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
 स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : Coolie
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/-
 वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
 (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. :
 आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू 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 से क्या संबंध
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये किये गए 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) इसमें कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये किये 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 LE-Cataract + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किये अन्य स्रोत से मिल चुका है?

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन अथवा सहायता प्राप्त करने से मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण अथवा आंशिक उपयोग के लिए ही प्रयोग में लाया जाएगा।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी अन्य किसी भी सहायता, रिफंड, बीमा कम्पनी से या किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

- 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउण्डेशन और इसके त्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" फाउण्डेशन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, ऑडियो/वीडियो या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। कोशिका फाउण्डेशन को इस प्रश्न में दिये गए विवरणों का उपयोग करने से पहले या बाद में मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउण्डेशन" के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउण्डेशन के त्रस्टियों से प्रेषित है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" फाउण्डेशन के त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करता)

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 सम्बन्धित को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/विधि द्वारा सहायता नहीं मिलती है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अलग हेतु सहायता नहीं मिलती है तो अल्पता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि अल्पता विधिगत रूप से प्राप्त की जाती है।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्तक्षर द्वारा दी गई सहायता का निर्णय उपचार/प्रक्रिया का चुनाव नहीं है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिए हस्तक्षर को रोगी के इलाज सुचारु और अपने जाने की सही जिम्मेदारी दी गई है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shree Sri Sri Hospital) # 16/3, Thimmarasu Road, Madhav Nagar, Red Area	Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (New Delhi Office & State of Karnataka) (A Unit of Shree Sri Sri Hospital) # 16/3, Thimmarasu Road, Madhav Nagar, Red Area
-----------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक (1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक (2)