

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0622/0523

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/6/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sumangala H.B

AGE-YEARS अनु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Renukasadhya

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

974/23 pump house road behind power station

Gevinsipiso tipia KR Etna tipia tumkur dist Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

या आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस या यहाँ का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य 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 विहित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रीखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे किसी 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 + PCNL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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



Pre op post op
0523 Sumangla H.B

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरना पड़ेगा)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता विवरण को वापस ले लिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से मिली सहायता को केवल उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह राशि किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत कर देता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" के माध्यम से, मुझे उपचार/उद्देश्य में मुझे आवश्यक होने वाले किसी भी प्रकार के व्यय को प्रकट करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उपचार के पूराने या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के पूर्ति के लिए है, सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके अधिकृत का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करना)

- 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ की ओर से सम्बंधित की "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि हम "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/प्रदान नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से मिली सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हमस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमस्पताल में रोगी के उपचार/उद्देश्य और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए रोगी एवं हमस्पताल को 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

10/06/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Sight & Vision (NE & SE)
(A unit of Shree Koshika Foundation Trust)
KMC Reg No - 81123

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

(A unit of Shree Koshika Foundation Trust)
15/M, Thimmarasu Road, Bangalore - 560025

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिका उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2