

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0622/0538

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/06/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shankarappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

47

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Rangappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

T.M. marjunatha nagalia Halepalaya tumkur tiptur
tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

pre op post op
0538 shankarappa

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

32,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य 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 के साथ संबंध
1	Ramesh M.S	17	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति अथवा

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशियन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे बिमारी 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 + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा गारा)

- 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.
- 4) मैं योषण करत हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात को गारा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में प्रमाणित है।
- 6) मैं योषण करत हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न कोई भी रीबाईमेंट लेऊँगा और न ही भविष्य में लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा गारा)

- 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 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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टी "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रमाणित हैं, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रयोग में लाने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण जो इस प्रारूप में प्रमाणित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रयोग में लाया जा सकता है।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रमाणित हैं, उसे सहायता का इस्तेमाल करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रयोग में लाया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा गारा)

- 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, हस्पताल की ओर से मान्य/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से गारा व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रमाणित हेतु मांगी नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सकारात्मक या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोष वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या किसे गारा प्रस्ताव/विनियमन का प्रस्ताव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अने करने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

[Signature]

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/06/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cataract, Glaucoma & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shri Chandra Eye Hospital)
KMS Road, Gurgaon, Haryana

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
(A unit of Shri Chandra Eye Hospital Trust)
16-M, Third Floor, Sector 14, Gurgaon, Haryana

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]