

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

N/0692/0561

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

14/06/22

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Gowdamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

w/o Mahadevappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Kodasage Gundlupete, Erikuru Channarayana
District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

Pse op
0561post op
GowdammaOCCUPATION :
व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

28,000/-

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी का निशान लगाएं)Yes / No
हां / 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 सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवक्षित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूमी 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 किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका फाउंडेशन पर)

- 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 यह कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस सहायता हेतु यह उद्देश्य भी नहीं है, इस उद्देश्य का अंशिक या सफल निष्पत्ति किसी अन्य स्त्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फाउंडेशन पर)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/republish 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 its 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ पर सहमत हो चुका हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में दिये हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दल, साक्षात्कार दस्तावेजों में मुझे लक्षित/विशेष और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी फॉर्म का विवरण मेरी इच्छा के पक्ष में या न हो करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका या इच्छा का अंगूठे का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)**

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मांग/प्राप्ति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रकाश से मांग न कर सकें।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी साक्षरी माध्यम या किसी अन्य स्त्रोत से उसका दोहरा/प्राप्ति में लगे या ले रहे हैं, जब कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उद्देश्य के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्त अंशिक/पूर्ण हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या साक्षरी स्त्रोत या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस फॉर्म में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय प्रकाश उद्देश्य हेतु किसी भी साक्षरी स्त्रोत या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता अंशिक वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हॉस्पिटल द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/उद्देश्य का सुचारु तरी एवं हॉस्पिटल को सौंपा जा रहा है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हॉस्पिटल में हमारे या हॉस्पिटल द्वारा और अपने अपने को सौंपे जिम्मेदारी होगी एवं हॉस्पिटल को हमारे और "कोशिका" को कोई भुविष्य या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्शिका की तारीख 14/06/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Koshika Foundation) KNC Reg. No. 18/M/23	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name of the Authorised Signatory) (A unit of Shree Koshika Foundation) # 18/M, Thiruvananthapuram
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिका फाउंडेशन

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2