

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : N/0622/0590 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 15/06/22 आवेदन तिथि :	
NAME of APPLICANT : chikkolamma आवेदक का नाम :		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 70	SEX लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Narayanappa पिता/पति का नाम :			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Hosandurga post Kamanagala district Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION : Home maker व्यवसाय :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. : ☒ Yes / ☐ No आय आग आय का दाता है (हाँ मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)			
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित अंश			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे पत्रे निम्नी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन प्रुवे 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 लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED करी गई सहायता राशी	
1	DBCS	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 पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अन्य सहाय्य प्राप्त जहाँ है तो मेरी सहाय्य प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहाय्य मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस सहाय्य हेतु यह प्रमाण की जायेगा कि मैं अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड प्राप्त कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में दर्शाया है, उसे "कोशिका" एकत्रित करेगी, एवं, आवश्यकता पड़ने पर उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरी प्रारूप के पत्रों या बात में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रार्थना अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रकाशित है पूर्ण रूप से, सहाय्य का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एकत्रित करने वाली किसी भी गतिविधि और प्रकाशित होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल 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.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी भी सहाय्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्य विनियमन अस्वीकार करता है तो हमारा हस्ताक्षर करने वाले को सहाय्य संगठन से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा हस्ताक्षर करने वाले को सहाय्य संगठन से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहाय्य प्राप्त होगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए होगा। यदि सहाय्य प्राप्त नहीं होती है, तो हमारा हस्ताक्षर करने वाले को सहाय्य संगठन से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहेगा। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा हस्ताक्षर करने वाले को सहाय्य संगठन से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/06/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A Unit of Shradha Eye Care Trust)
KMC Reg No - 81122

Mr. Lakshmiipathi M
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care
(A Unit of Shradha Eye Care Trust))

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
साथी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
साथी हस्ताक्षर 2