

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0823/0793**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **03/08/23**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Siddamma**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **79** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/ससुरा का नाम **w/o choudasbetty**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता **Katasur, Gundlupet taluk,**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता **Champrajanagera, Karmataka**

- Same as above -



pre op **0793** post op **Siddamma**

OCCUPATION : व्यवसाय **unemployed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **-** (Attach Proof of income) (आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पढ़ता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) Yes / No हाँ / नहीं Yes

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
①	Raju	40	M	son

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैज के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LF cataract
②	surgery LE cataract + P.I.M

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 से यह सहायता राशि
①	D.B.C.S	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं गलत जानकारी प्रदाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में कहीं भी, इस राशि का आंशिक या पूर्णतः विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों, दूर, वास्तव्य एवं उद्देश्य में जुड़ी विभिन्न माध्यमों और प्रकाशकों के द्वारा किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य में प्रयोग हेतु प्रकाशित किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठों का निशान



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 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, हस्ताक्षर की और से स्वीकार्य/पेश की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से घोषणा व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेनी या लेने का है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पेश की उक्त रोगी/रोगीने में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदात हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिक्रमण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदात उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जगह जाने का सारा जिम्मेवारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Lakshmi

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>03/08/23</p>	<p>Dr. Laxmi Dorenavar MBBS, MS, FRCS (S), Consultant Surgeon Regd. No. 95247 MCMC No. 95247</p>	<p>Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Koshika Foundation Trusts) # 16/M, Thiruvananthapuram</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>Safar</i></p>	<p><i>Lakshmi</i></p>