

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life



Preop 0815 Postop K. K. Khushidda

APPLICATION No. / आवेदन संख्या :

B/0823/0815

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि :

04/08/2023

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम :

Khushidda G.

AGE-YEARS / आयु - वर्ष :

60

SEX / लिंग :

F

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

w/o Sayed

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता :

Magasandra at post magasandra hobli Turuvekere

Taluk Tumkur Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता :

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय :

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय :

-

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / आय कर दाता है (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगावे):

Yes / No हा / 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	Sayed	76	M	husband

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

<p>BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य</p>
---	---	---	---

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 BE cataract LE cataract
2	Surgery BE cataract + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि
1	DBCS	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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कल्पन अथवा कथकलना है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मेरा उद्देश्य "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो नुकसान लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधी" को अधिभूत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बुल्स, दान, वास्तु/युद्ध उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्च में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायो अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे उचित, सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुल्स न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

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 अधिभूत, हस्ताक्षर की ओर से नामित/लेगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार और स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिनी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सफल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगिनी हेतु किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/उपक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति



<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>04/08/2023</p>	<p>Dr. Laxmi Dorel, Deyar MBBS, MCh, FRCS, FICD Consultant, Plastic & Reconstructive Surgery, K. J. Somaiya Institute of Postgraduate Medical Education हॉस्पिटल, का. जे. सोमैया पोस्टग्रेजुएट मेडिकल एजुकेशन</p>	<p>Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory (A unit of Sonabehn of Hospital) Trust.) # 16/M, Thiruvananthapuram, Kerala, India</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायो हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायो हस्ताक्षर 2</p>
	