

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0824

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

5/8/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Thimmamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

w/o Boraiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Mallenahatti Vithalapura post. Majasandra hobli
Tumkur to Tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

Postop Postop
0824 Thimmamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

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

आप आय कर 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 से संबंध
1	Rangamma	49	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/दवाखाने से जारी की गई दवाखाने की सूची
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery LE - Cataract + PCIO

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 सी गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिक द्वारा भरना है)

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सहाय्य प्राप्त या प्राप्त हो तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताने का है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहाय्य हेतु, भविष्य में भी, उस मदद का अधिक या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं लियेगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा करना)

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 its 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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिक) अपने सहयोगी को यहाँ पर बताना हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बताने हैं। उसे "कोशिका" द्वारा, मुझे, नाम, पता, फोटो, पता, उद्देश्यों से मुझे सहाय्य और उसी उद्देश्यों के लिये किसी भी प्रकार सहाय्य से सहाय्य करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहाय्य अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, मुझे सहाय्य का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा, मुझे, सहाय्य के लिये अधिकृत और सहाय्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करना)

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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहाय्यकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी और सहाय्यकारी से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य वित्तीय अधिकृत/प्रदान हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य और सहाय्यकारी स्रोत या किसी अन्य सहाय्यकारी से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम यहाँ पर स्पष्ट बताना चाहते हैं कि हमस्पताल वित्तीय मदद उक्त स्रोत/सहाय्य हेतु किसी और सहाय्यकारी स्रोत या किसी अन्य सहाय्यकारी से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहाय्य प्रदान वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह हस्पताल द्वारा ही नहीं बताया कि वे गरीब उपचार/उपचार का सुझाव देती हैं। हमस्पताल के चिकित्सक का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमस्पताल में सही के अनुसार सुझाव और अपने अपने की सही जिम्मेदारी होती है। हमस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/8/22	Dr. Nagash B N Consultant, Medical Superintendent Cornea, Cataract & Refractive Surgeon Institute for Diabetes & Eye Care (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) RMC Regn No: 25122	Mr. Lakshminipathi N Medical Superintendent (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 15/M, Thiruvananthapuram RMC Regn No: 25122
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2