

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0822/0871

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/8/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gauramma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

w/o Ramappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Deshipusam, Boragi Gundulupet taluk

Channarayana District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी 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 करें)

PAN No. स्थायी आय का संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एलेबी रेखा 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) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये बिमारी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि संलग्न
1	Diagnosis RE - cataract LE - cataract
2	Surgery CE - cataract + PCOL.

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 एवं गई सहायता राशि
1	DRCS	2000/-



Pre op Post op
0871 Gauramma

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर कल रहा हूँ कि इस प्रकरण में मिले लगे सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं मान्य था या जल है तो मेरी सहायता मिलने की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात को सहायता यहाँ "कॉशिका फाउंडेशन", से लगे जा रही है, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग था है।
- 6) मैं यहाँ पर कल रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रयोग की नहीं है, उस सहायता का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य प्रोत्साहन/कार्यक्रम/सहायता से न लगे लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

- 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 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.
- 3) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या छोटे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, छोटे और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं। इसे "कॉशिका" द्वारा जारी, दान, सहायता/दान इत्यादि में मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी हस्ताक्षर की छाप या कल से करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, छोटे और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या छोटे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)

- 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 और से सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए या से नहीं है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से विवरण/विषय इस बात के सम्बंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा माग हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अतिरिक्त/अलग हेतु माग नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस तथ्य में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विवरण पर इस रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से लगे लगे सहायता अंतिम निर्णय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किसी लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और आगे जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई गारंटी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/8/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (Name of Dr. Nagesh B N with Stamp) हस्ताक्षर/छाप के साथ	Mr. Lakshminipathi N Managing Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Hospital on behalf of Hospital) # 18/24, Thimmarasu, Chittoor District, Andhra Pradesh
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

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