

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0873

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/8/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Rathnamma

AGE-YEARS-वर्ष-वर्ष

49

SEX-लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

w/o Krishna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS-वर्तमान आवासीय पता

Hemashettara hundi, Gundahipet taluku

Channarayana district, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS-स्थायी आवासीय पता

Same as above



preop Postop
0873 Rathnamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

35,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. रखाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWSS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉकिमेंट सूची संलग्न
1	Diagnosis RE- Cataract LE- Cataract
2	Surgery RE- Cataract + Prol

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 जो गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शदक द्वारा योग्यता 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक रूप से "कॉशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त करूँगा, जो कि केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्राप्त किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो भुगतान ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा बताना)

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 बाजू के छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बताना है, उसे "कॉशिका" द्वारा या अन्य माध्यम/प्रकार द्वारा उद्देश्य के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यहाँ पर बताना है कि इसका उपयोग करने का अधिकार कॉशिका फाउन्डेशन को होगा और इसका उपयोग करने का अधिकार कॉशिका फाउन्डेशन को होगा।

2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिए दिये जा रहे हैं, वे सहायता के उद्देश्य के लिए ही दिये जा रहे हैं और न ही भविष्य में। "कॉशिका" द्वारा या अन्य माध्यम/प्रकार द्वारा सहायता के उद्देश्य के लिए ही दिये जा रहे हैं और न ही भविष्य में।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शदक की हस्ताक्षर या बाजू का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा बताना)

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 ओर से यकीनपूर्वक रूप से "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश 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 वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कॉशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए माग किया जा रहा है, जब तक कि हमें "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सहायता के लिए माग किया जा रहा है और न ही भविष्य में।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता का निर्णय लिया जाएगा और न ही भविष्य में। "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए माग किया जा रहा है और न ही भविष्य में। "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए माग किया जा रहा है और न ही भविष्य में।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 12/8/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shri Chaitanya Eye Care Trust) RMC Reg No - 81123	Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach (Name/Designation & Stamp of Authorised Signatory (A Unit of Shri Chaitanya Eye Care Trust) # 163M, Thiruvananthapuram - 695 015
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शदक द्वारा बताना

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