

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0908

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/8/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Puttamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Thimmaraayappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Shankara narayana temple neharu Badavoni
Hale taluk Kolar 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. : पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही को 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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय 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 किसे कि विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई गयी सहायता राशि
1	DBCS	2000/-



PSEOP Postop
0908 Puttamma

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका 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 प्रकार से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक कहता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता, जो मुझे मिली है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार से बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि को भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका 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 is final and acceptable to me.

1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार से जोड़ा है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिये उपयोग करेगा। इस प्रकार का उपयोग मेरी उपचार के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है, मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उपयोग के विषय में अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



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.

इससे अधिकृत, हस्पताल को और से सम्बन्धित को "कोशिका 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 सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/प्रदान हेतु सम्भव नहीं किया जाय तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई उपचार या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery
उपचार की तारीख

18/3/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Cornea & Eye Care
(Name of Dr. & Regn. No. with Statop)
HMC Reg. No. - 81123

Mr. Lalchhimpathi N
Manager Outreach
Institute for Cornea & Eye Care

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
16/M, Thimmaiah Road, Anna Nagar, Chennai
जिस पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2