

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0822/0915

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/8/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kempamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

c/o Narayanappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Thotakanahalli Tassandahalli Kolar
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

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 के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू के साथ 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) रूखपोसा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त प्रुथी संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract (E-Cataract)
2	Surgery RE-Cataract + Fric

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 जहाँ गई सहायता राशी
1	DISCS	2000/-



Preop 0915 Postop Kempamma

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिक द्वारा करण)

- 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 कहता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वास्तविकता गलत या झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से स्वीकार करता हूँ कि, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा जो इस प्रकरण में प्रस्तुत किया है।
- (3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पर भविष्य में भी नहीं, इस मदद का अर्शिक या वास्तविकता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी में से नहीं लियेगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा करण)

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 प्रकरण पर अर्शिक द्वारा करण या अर्शिक की छाप लगाकर, मैं (अर्शिक) अपने सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रस्तुत हैं, उसे "कोशिका" एवम् उसके नाम, पता, फोटो/चित्रों द्वारा उद्देश्य के लिये गोपनीयता और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी प्रकरण के चलते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न ग्राह्यी अधिकृत है।

(2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिये प्रस्तुत हैं, यहाँ पर: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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, हस्ताक्षर की और से वास्तविकता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं:

(1) यह कि मैं कोशिका और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उक्त के अन्तर्गत में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अर्शिक/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत/सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

(2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्शिक की तारीख 18/8/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) (A Unit of Shree Chandra Eye Hospital, Ruchi) MCC Reg No - 81123	Mr. Lakshminarayanan N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) 8/18/22, The...
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिक उपयोग हेतु)

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