

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

N/0822/0929

APPLICATION DATE :

18/8/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chanappa

AGE-YEARS : जन्म-वर्ष

77

SEX : लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Kudiyamur taluk Kolar District
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

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 चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Murugesha C	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नाम चिह्नित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबद्ध सूची संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery LE-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 ले गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा योगदान)

- 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 resection/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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रक्रिया को नहीं है, उस सहायता का अतिरिक्त या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा, दूरदर्शन, दूरभाष, साप्ताहिक, दूरदर्शन, या किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रकरण का विवरण मेरी इलाज के दौरान या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उपदेशों से प्रेरित है कुछ नहीं। सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उम्मीदें जारि का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका या इलाज का अंगुली का छाप

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

- 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, हमारे द्वारा यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर को जोड़कर, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता किसी भी सहायता के माध्यम से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जिससे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने का अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अतिरिक्त/असमर्थन हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा हस्ताक्षर केवल वही सहायता के माध्यम से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जिससे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने का अनुरोध किया है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि हमारा हस्ताक्षर केवल वही सहायता के माध्यम से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जिससे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने का अनुरोध किया है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई प्रक्रिया या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज, सुरक्षा और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery अर्शिका की तारीख 18/8/22	Consultation with Dr. [Name] General Surgeon, [Hospital Name] [Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp] [Stamp of Hospital]	Mr. Lakshmi Prasad Manager, Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) [Stamp of Hospital]
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिका उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामित हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामित हस्ताक्षर 2