

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0953

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

23/08/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Siddagangamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

w/o Muniyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Kasa hutli chikkanayekamahalli taluk masamud

Rajalaya tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Cordie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(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 का दाता हैं (जो लागू 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 विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विनति करने की विलगी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis 23 - Cataract LE - Cataract
2	Surgery LE - 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 लिया गया सहायता राशि
1	DBCE	2,000/-



P8eop postop
0953 Siddagangamma

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरणे के लिए)

- 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 यह कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता, जो इस प्रारूप में भरणे के लिए है, केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जा सकती है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो भुगतान कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरणे के लिए)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ पर सहमत और अनुमति दे रहा हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत कर रहा हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में भरणे के लिए है, उसे "कॉशिका" फाउंडेशन, दान, सहायता/सुविधाएँ जैसे उद्देश्यों के लिए प्रचारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इसका उपयोग करने से पहले या बाद में मेरे उपचार/उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" को अधिकृत कर रहा हूँ।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के लिए भरणे के लिए है, इसका उपयोग करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं देता। इस मामले में "कॉशिका" फाउंडेशन के ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका: डॉ. हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा भरणे के लिए)

- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भरणे/पेश करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, क्योंकि हम "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता हेतु अनुरोध नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ यह कहना है कि हस्पताल वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहा है।
 2. "कॉशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुझाव और आगे बढ़ने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/8/22	Consultant (Name) मुख्य चिकित्सक का नाम (नाम और रेगन नंबर के साथ) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Shri Chaitanya Trust) # 18/M, Thimara
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका द्वारा उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--