

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

N/0822/0996

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sarasawathamma

AGE-YEARS : जन्म-वर्ष

74

SEX : लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

w/o munnaniaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Kallahalli, Korakapur (T) Bangalore

Rural, District Korakapur, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above



MCOP Postop
0996 Sarasawathamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

10,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य 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 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 सम्बंध
1	Jaya Ram	31	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) इस आधार पर आधार (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	Diag notes RE catract LE catract
2	Surgery LIE catract + PCEOL

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 लगे सहायता राशि
1	O BCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा भरना)

- 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 दावा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यथासंभव सही "कॉशिका फाउंडेशन", से सहायता की जा रही है, इसका उपयोग उम्मीद के मुताबिक के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर दावा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पर भविष्य में किसी भी तरह से, इस राशि का अवशेष या अंशक रिफंड किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा भरना)

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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, पता और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोविड है, उसे "कॉशिका" द्वारा यादगार, दान, याचनाएं दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे प्रश्न के पक्ष में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रोविड है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" द्वारा इसकी जांच के लिए अधिकृत और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा भरना)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मरीज के होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि इस के सम्बंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अवस्था/संस्थान हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में यह दावा किया है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष इस रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं ले रहा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउंडेशन" से कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज चुनाव और अपने करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 50/9/2022	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) (A unit of Shri Chaitanya Eye Care Trust) MMC Reg No. - 81123	Mr. Lakshmi pathi N Manager, Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shri Chaitanya Eye Care Trust) # 167A, Thiruvananthapuram Kerala, India
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

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