

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N10922/1119

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

20/9/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Murthyamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Papannaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Doddashimma Doddakerebathur matai taluk
Kolar district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

TAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर देता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का 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 सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोसी कार्ड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएस ईएस कार्ड 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 लाने विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि
1	DBCB	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा किया गया)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये 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 मदद मिले, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, कि मैं या मेरी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न या लिया जा सके और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया गया)

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा जोड़कर, मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में वर्णित हैं, उसे "कोशिका" अपने नाम, रूप, वाचकता करने उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के नाम से अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से वर्णित हैं पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस संबंध में "कोशिका" अपने सभी अधिकारों का पूर्णतः अधिकार और वाचकता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

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.

हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की और से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारित/किये गए उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायगी, तो हमें सहायता के बिना किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किये जायगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता का बिना कभी उपयोग/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जहाँ जाने 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 संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

20/9/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Sight & Eye Care
(A unit of Shree Ganga Eye Hospital)
KMC Reg No. 81428

Mr. Lakshmi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Institute for Sight & Eye Care
(A unit of Shree Ganga Eye Hospital)
14/14, Thimmaiah Road, Mysore

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Lakshmi