

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N10922/11148

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

21/09/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Rathnamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

48

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुन्य का नाम

w/o siddalingaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

No 2, 161, 6th CROSS, Near Manamma temple,

Ak colony, Hilarahalli Bangalore District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

आ आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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
1	siddalingaiah	47	M	Husband
2	Sindhu	23	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ष 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
1	Diagnosis RE - cataract LF - cataract
2	Surgery RE - cataract + P.IOL

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 ही गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

p209p
1148postop
Rathnamma

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता मिलेगी, तो केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोग के लिए दृढ़ता से "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगी, जिससे दानों को प्राप्त करने में मदद मिलेगी और/या कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी फैलायी जायेगी।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं देता। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा दानों को प्राप्त करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

**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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर हमारे द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अधिकृत हेतु मंजूर की जाय तो हमारे पास किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे द्वारा वित्तिय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी गैर-उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारे पास रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

अपरेशन की तारीख

21/09/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent
Cornea, Cataract & Refractive S
Institute for Diabetes & Eye Care
(A Unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust)
KMC Reg No. 81123

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A Unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust)
on behalf of Hospital
16/A, Thiruvananthapuram Road, Vellur, Thrissur, Kerala
मैं यहाँ पर हस्पताल के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2