

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE


सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building back of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	B/0923/1169	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	21/09/2022
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Muddamma	AGE-YEARS जातु-वर्ष	60 yrs
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/वधुव्य का नाम	w/o Ningaiah		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
Indiranagara village, Achalke, Sathanur Habli, Kankapura Tal, Ramnagara Dist, Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता		Pre-op 1169 Post-op Muddamma	
- Same as above -			

OCCUPATION : व्यवसाय	Home-Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	26000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	

PAN No. स्वयं 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 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-	Ningaiah	65 yrs	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/>	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/>	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/>	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	--------------------------	---	-------------------------------------	---	--------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे यथे 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 & PCIO/L

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 ली गई सहायता राशि
1.	PBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:


- 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 प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्णतः करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में क्या गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस रकम का जमाया या कर्जा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं ले रहा हूँ और नहीं लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को गुरुत्व देता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके आचार्य" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम आईसी, एन. एम. एन. एन. द्वारा उद्देश्य से चुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण में इसका उपयोग या कल से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम आईसी या किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं मिलेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मनादेश/लेखी को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रकम/समय में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/लेखी इससे सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/स्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य मन्त्रालय से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस गुरुत्व में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पसंख्यक द्वितीय चरण उस रकम/समय हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा चले चलाया या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और चलने वाले की जारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/09/2023	<p>Dr. Laxmi Dorenavar MBBS, MS, FRCS (C) Consultant, Plastic & Reconstructive Surgery 18/M, Thirumala Road, Sec 6, Hyderabad - 500031</p>	<p><i>(Signature)</i> Mr. Lakshmi Pathi Manager Outreach for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) 18/M, Thirumala Road, Sec 6, Hyderabad - 500031</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आचार्य द्वारा कथन 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आचार्य द्वारा कथन 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>