

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0923/1174** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **21/9/23**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Mannigamma** AGE-YEARS : उम्र-वर्ष **63** SEX : लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्य का नाम **w/o Wonjundappa**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता
Bangalore south Bangalore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता
Bhuvaneshwari nagar Karnataka
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): आय कर छूट है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे): 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 संबंध
/				

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विन्यायी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशी
1	DDCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रकट प्रमाण प्राप्त है तो मेरी आवेदन पत्र को नकारा जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यही पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु न तो वर्तमान में या भविष्य में, इस राशि का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण को प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" इस प्रश्न में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" एनपीओ, ऑनलाइन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन से जुड़े तरीकों/विधियों और प्रसारणियों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण को प्रकाशित करने का मतलब है कि "कोशिका फाउन्डेशन" न किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को प्रकाशित करने से स्वतः ही मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनपीओ ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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 it 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.

इससे अधिकृत, इस प्रकार नीचे की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रक्कत अथवा स्तर से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो पाएगी, क्योंकि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता/सहायता प्राप्त करने का अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने/हमारे को अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि हमारा/हमारे को सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त नहीं हो पाएगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है। इस प्रश्न का विवरण को प्रकाशित करने का मतलब है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनपीओ ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
21/9/23

Dr. Laxmi Dorennavar
Dr. Laxmi Dorennavar
(MBBS, MS, FRCS, FICO)
Consultant - Phaco & Refractive
KFC No. 30244

Mr. Lakshmi Pathi N
Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shree... on behalf of Hospital)
16/M, Thiruvananthapuram

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION जनरलिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1
Sufyan

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्येष्ठ हस्ताक्षर 2
Lakshmi Pathi