

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1021/12/17

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

5/10/21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Hanumantharayappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

S/o Nagappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Begganata-palle Madakusila

Anantapur Andhra Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- same as above -

Pre-op Post-op
12/17 Hanumantha
rayappa

OCCUPATION:

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(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 दाखल 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 संबंध
①	Jayanthi	59	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये 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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रूखपोकर कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/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 सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract I.E cataract
②	surgery RE cataract + pt. IOL

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	D B C S	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन घोषणा यः

- 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 सोचता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विधान एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहमति निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमति पत्र "कॉलिका फंडमेंटेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस सहमति पत्र पर हस्ताक्षर की गई है, उस पत्र का अधिकतम सम्बन्ध निम्नलिखित विषयों के अन्तर्गत है और न ही अधिकतम में है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबल)

- 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/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 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 प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हदार्थक) अपने सहाय्यता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, वाचना/क द्वाारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विविध प्रसार माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष में प्रेषित के पता से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदार्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्यता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहाय्यता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निरूपण



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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:

- 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.

हमारे अधीनस्थ, हस्ताक्षरी की ओर से म्याम्ते/रोपी को "कोशिका प्रत्यन्तेशन" से विरहित स्थापित हेतु भित्तिपत्र की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) विभिन्न प्रकार से भाग्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उठाएगी/पाएगी। यह लगे या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपरीत/विपरीत उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरुद्ध अर्जी/चलवाए हेतु मन्त्र नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय प्करण उठाएगी/पाएगी हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विहित धृष्टि की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रोगी एवं हस्पताल को बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षक नहीं है। इसविषये हमसेवा में रोगी को इलाज सुलभ और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस प्रकार से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

 $5/10/2)$

Dr. Rajesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
आर्य समाज मंडी इलाहाबाद

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shradha Eye Hospital)
M. Thimmappa, Head, Patient Care Area.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती इरावतार ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी हस्ताक्षर 2

2020