

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

N/1022/1219

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/10/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Amarathna

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

69

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

w/o Srinivas

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

38 Annapurneshwari Nagar

Maddalapalya Bangalore Karnataka 560072

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी 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 प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय करदाता हैं? (जो मान्य हो उस पर 'X' 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	Lakshmana	48	M	Son
2	Raghunath	39	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण प्रत संलग्न करें (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विवक्षित का उद्देश्य:

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

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 सी गई सहायता राशि
1	DACS	2000/-



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा घोषणा करें)

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा गलत साबित हो तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह उद्देश्य को नहीं है, उस राशि का अधिक या कमल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

1) इस करार का करने द्वारा या कोई भी अन्य संस्था, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस करार में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका" एम्बुलेंस, पत्र, पत्रिकाएं, दूरदर्शन से सुदी वीडियो/चित्र और प्रसारणों के लिये किसी भी प्रकार उपयोग में आसानी करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे करार का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस करार में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसे केवल सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सहमति में "कोशिका" एम्बुलेंस न्यायोप का निर्माण और सम्पत्ति शामिल है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या बाएं 엄ठ 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 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, हमसे मिली की और से सम्बन्धित की "कोशिका फाउंडेशन" के निर्माण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निर्माण सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की संस्था में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्माण अधिकृत/प्रकार हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो हमसे प्राप्त किसी अन्य स्रोत की संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसे प्राप्त निर्माण केवल "कोशिका फाउंडेशन" हेतु किसी भी संस्था की संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल निर्माण प्रकृति की है। हमें या हमसे प्राप्त द्वारा ही गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमें एवं हमसे प्राप्त के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इससे प्राप्त हमसे प्राप्त में हमें के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सही जिम्मेदारी हमें एवं हमसे प्राप्त की जाती है और "कोशिका" को कोई प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि

14/10/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Sree Eye Care Trust)
KMC Reg No - 84423

Mr. Lakshmi Prasad N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Sree Eye Care Trust)
15M, Thimashan Road, Kalyan, Kalyan Bad Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिका उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आसी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आसी हस्ताक्षर 2