

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 8/0923/1225
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 26/9/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Seethamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 71
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: 2/o Sakranayka
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Kobbari Doddaiicha Palya, Tiptur taluk, Karnataka
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: Home maker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No.
पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes/No
हां / 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	Sakranayaka	75	M	Husband

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

BPL Card
(Attach Card Copy)
गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)
अपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diggnosis: RE Cataract, LE Cataract
2	Surgery: LE Cataract + PCOL

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 सी गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी से सत्यतापूर्ण रूप में सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में धरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्नमा की गई है, उस मदद का अधिक या समकाल विना किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करें)

- 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 प्रश्न का उत्तर देकर या प्रश्नों की उत्तर लिखकर, मैं (आवेदक) आगे सचकारी की छुपे कलाह हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जाहिर, दूर, संचारण द्वारा उद्देश्य से जुड़े परिचितों जैसे इलेक्ट्रॉनिक के लिये किसी भी प्रकार संचारण में प्रकाशित करने का हक अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण से इसका उपयोग करने का हक मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व जाहिर अधिकृत है।
- 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 हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके 'ट्रस्टी' का निर्णय अंतिम और संचारणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करें)

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 सम्बन्धितों की "कोशिका फाउन्डेशन" से विनियम 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 विनियम सहायता किसी और सचकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी से लेने का संकेत है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त संस्थापक से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अधिकृत/सहायता हेतु मन्कुर नहीं किया जाता है तो हमसकाल किसी अन्य और सचकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसकाल द्वितीय चर उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी और सचकारी संस्था या किसी अन्य संचारण में नहीं संचारण/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संभव विनियम प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता 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 सुझा और करने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अधीकृत के लिए संस्तुति

Date of Surgery अवरोधन की तारीख 26/9/23	 Dr. Laxmi Dorennavar (MBBS MS FPRS FICO) Consultant Phaco & Refractive	 Mr. L. Srinivas Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory @ IJVM, Thimmapuram, Hyderabad, India) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्यादाई इन्टर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्यादाई इन्टर 2
	