

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		N/1022/1230		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		Mahadevamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
		57		F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्तुका का नाम					
w/o Mahesha					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता					
Channaganagana Taluk, Kothalawadi					
Channaganagana Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता					
Same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
Home maker				☒ / ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)	
-					
PAN No. : स्थायी 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 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	Mahesha	60	M	Husband	
2	Srujan	12	M	Son	
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) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न				
1	Diagnosis RF - Cataract LE - Cataract				
2	Surgeries RF - Cataract + PCLO				
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	DBCS		8000/-		

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 यहाँ पर कबल यह कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इससे जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेती जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता लगा है।

3) मैं यहाँ पर कबल यह कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकल हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 दायर में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दायर में घोषित है, उसे "कॉशिका" प्रथम न्यायी, दाय, वाक्यांश द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विप्रेरित करने और प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मेरे दायर का विवरण मेरे हस्ताक्षरों के बिना या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण सत्य, सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" प्रथम उपलब्ध न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आविष्कार की हजारीवत का अंगरेजों का विज्ञान



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.

हमारे अधीकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) वित्त प्रकाश में सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमself और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विनिर्दिष्ट प्रदान उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य समर्थन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमself द्वारा लेने या प्रदान या करने वाले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमself के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकाश का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमself व रोगी के प्रदान मुक्त और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमself को होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संभवित

11/10/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
(A unit of)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shree Sree Fort Hospital)
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
मासो हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इन्द्रधर २

Exempel

10/2/8