

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0923/1232**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **28/9/23**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Venkatamma**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **65**

SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम **w/o Soe naih**



Pre-op Post-op
1232 Venkatamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Tam Sandra Hallaballi Ramnagar

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई 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 साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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)	Satya prasad S	31	M	Son
2)	Meenakshi	29	F	Daughter

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis BE cataract LB cataract
2)	Surjety BE cat + PCICOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य से हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशि
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 being requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायक हेतु या स्वयंसेवा की नहीं हूँ, इस राशि का उचित या असुविधा किये अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है 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/put-up/produce 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 fulfilment 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 करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके, उनके सचिवों/दुर्गों/उद्देश्यों के लिये किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा करार का विवरण या हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न लगी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मेरा सहाय्य के उद्देश्यों के अतिरिक्त अन्य सहाय्य या हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँसे-यहाँसे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी भी सहाय्यी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगिणी के लिए माँगा जायेगा, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय सहाय्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य विनियमित/अधिकृत/स्वीकार्य हेतु माँगा नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहाय्यी स्रोत या किसी अन्य सहाय्यी स्रोत से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहाय्य के लिए माँगा जायेगा हेतु किसी भी सहाय्यी स्रोत या किसी अन्य सहाय्यी स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा माँगा जायेगा सहाय्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जो जो सही विनियमित रोगी एवं हस्पताल की हस्ती और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संसदुति

(Signature)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
28/9/23

(Signature)
Dr. Laxmi Dorennavar
(M.B.B.S, M.S., F.R.S., F.I.C.O)
Consultant Phaco & Refractive
KMC No. 90244

Mr. Lakshmpathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj KMC, Amalner)
1661, Thirumal Road, Shivajinagar, Amalner

INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनौपचारिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1
(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
(Signature)