

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		N/1022/1235		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		Saroj Mangalamma		AGE-YEARS : वयस-वर्ष	SEX : लिंग
		62		F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्ताक्षर का नाम					
w/o Shankar Prasad					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता					
Channarayana Taluk, Yagalur					
Karnataka - 571127					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता					
Same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
Home maker					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
—					
PAN No. : सर्वोच्च 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 संबंध	
1	Shankar Prasad	58	M	Husband	
2	Ganesh	39	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis RE - cataract LE - cataract				
2	Surgeries LE + cataract + p.c.i.o				
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 पर सहायता राशि	
1	DRCS			2000/-	



DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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 प्रारूप में दिये 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी 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 its 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 its 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जाहिर, दूर, दूरदर्शन, दूरभाष/या दूरभाष के माध्यम से सूचीबद्ध करने के लिये उपयोग करेगा और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व जाहिर करेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसे सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनकी जाहिरियाँ या निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.
- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के लिए हमें किसी अन्य स्रोत से मदद लेनी पड़ेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है, तो हमें अपनी आवश्यकता को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद लेनी पड़ेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा चले गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने आप की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भुवि या जिम्मेदारियाँ नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/10/22	Dr. Nagendra B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diseases of the Eye (A unit of Koshika Foundation Trust) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व संकेत	Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Koshika Foundation Trust) # 16/M, Thiruvananthapuram, Kerala आवेदक के हस्ताक्षर के लिए अधिकृत
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
--	--