

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1021/1336

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/10/21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mekkel

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/O Annamahala

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

oddara daddi Montali Kollegal
Channarayana Nagar.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above

Pre-op Post-op
1336 Mekkel

OCCUPATION:

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

24000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई 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

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 सम्बंध
①	Kumala	60	F	wife
②	Selvakumar	30	M	son
③	Sofiya	20	F	daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन 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 Card Copy) रेशनीकरण कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery LE cataract + p.c.c.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
①	D.B.C.S	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका फाउंडेशन 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं किसी सहायता से, या प्रकरण को नहीं हूँ, इस मदद का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फाउंडेशन पर)

- 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ पर सहमत हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, प्रकाश/या दूरदर्शन से सुदीर्घ दूरदर्शन और प्रसारण के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति के प्रकरण को करने का यह मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से माँगा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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 the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करेंगे है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए माँगा जाय, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रकार हेतु सत्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुविधा में स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिए सिफारिश की जाती है कि कोई अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता माँगा सिफारिश की जाती है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या किसी अन्य संस्था/प्रकार का सुझाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा निर्णय उक्त का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी या निर्णय नहीं होगा।

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
16/M, Thimmaiah Road, ...

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

18/10/21

Cornea, Cataract & Refractive Surgery

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shradha Eye Care Trust)

KMC Reg No. - 81133

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व इलाका व टैग व

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION अर्शिका उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2