

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building block of life.	
APPLICATION No. आवेदन संख्या : N/1022/042		APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 20/10/22					
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : Kamalamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 70		SEX लिंग : F		 Preop Postop 1341 Kamalamma	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/हस्ताक्षर का नाम :							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता Gundlupete Taluku Chamara Nagar District Karnataka				PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता Same as above			
OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) [X] MARRIED [] UNMARRIED		TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : ———— (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. पैन नं. खाली छोड़ें		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 / हाँ [X] No / 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			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये कितनी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की होने 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1	Diagnosis RE - Cataract LS - Cataract						
2	Surgery LE - Cataract + PCIO						
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	2,000/-					

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा पंजीकृत पत्र)

- 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.
- 4) मैं यहाँ बताना हूँ कि इस प्रकरण में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सहायता प्राप्त की जा रही है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 6) मैं यहाँ बताना हूँ कि बिना सहायता हेतु वह व्यय नहीं है, इस उद्देश्य का अर्थ है कि सहायता निम्न विवरण के अन्तर्गत अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में ली जायेगी।

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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उनके "कोशिका फाउंडेशन" एम्प्लॉयमेंट, पत्र, या अन्य माध्यमों के माध्यम से धन募集 और/या जानकारी प्रसारित करने के लिए, जिससे कोशिका फाउंडेशन और/या इसके न्यासी को मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण के उपयोग के लिए अधिकृत किया जा सके।
- 4) मैं (आवेदक) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए प्रदान किए जा रहे हैं, सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" एम्प्लॉयमेंट न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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 the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमने यहाँ "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय 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 वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की है, जिससे कोशिका फाउंडेशन को सहायता प्रदान करने में बाधा पड़ेगी। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्रदान करने में बाधा पड़ेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और जाने देने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/10/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diagnosis & Eye Care (A Unit of Sri Ramachandra Eye Care Trust) RMC, P.O. Box 11, 600 046, Chennai	Mr. Lakshminath N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital Trust) (A Unit of Sri Ramachandra Eye Care Trust) # 16M, Thiruvananthapuram Road, Kottayam
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

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