

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/1022/1406

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

26/10/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chandramma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

w/o Chikkanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास का पता

#565 Kumbara Beedi, Hannavalli
Tumkur, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास का 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. : सर्वोच्च खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर खड़ी का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार का 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोद 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)	Rajsh Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnostic RE Cataract LE 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 मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि
1)	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस ओर सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", को जोर दे रहा हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भयत किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायक हेतु या उद्देश्यों की पूर्ति हेतु, उस प्रति का आर्थिक या वस्तुतः हिस्सा किसी अन्य सोर्सिग/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी में न हो लिया है और न हो भविष्य में लीता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एकत्रित, प्रकाशित, प्रसारण, दूरदर्शन से प्रसारित करने और उससे संबंधित जानकारी को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को निम्न अधिकृत है। मेरी इस प्रकार की सहमति को इस प्रकार के पत्र में करने को निम्न "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस पत्र में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः सहायक का हस्तक्षेप नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकत्रित करने, प्रसारित करने और प्रकाशित करने का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)**

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधीनस्थ, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक 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 सहायक किसी भी साकार स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मिलेगी यदि यह सहायक कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रदान किया जाता है। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायक वित्तीय सहायक/प्रक्रिया हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत या साकार स्रोत या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण पर उस रोगी/मरीज को किसी भी साकार स्रोत या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने को जारी रखेगी/लेगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26/10/22

Dr. Nagesh B N
Consultant Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust)
KMC Reg No: 81123

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust)
* 16/M, Thiruvananthapuram, Kerala, India

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2