

Hoskote

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/1122/1498

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 2/11/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Anjinamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 62

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम w/o Venkatappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
178, Madavathi Hoskote Taluk

Bangalore Rural District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



Pre op post op
1498 Anjinamma

OCCUPATION : व्यवसाय Same as above

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Married (विवाहित)

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : प्याई 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 निशान लगायें)

Yes / No हाँ / 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
1	Venkatappa	64	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु 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 साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Purpose	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis	RE catract LE catract
2	Surgery	RE catract + P.I.O.L

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

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

DECLARATION by APPLICANT: अवैक द्वारा घोषित 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य कथन दावा है तो कोई सहायता मिलाने की संभावना नहीं है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे सहायता मिले, तो मैं इसे केवल उस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही बीमा से लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवैक द्वारा कथन)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवैक) अपनी सख्ती को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एन.पी.ओ., दूर, पत्रचार/च दूर उद्देश्य से मुझे धरि/विपरीत और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने से प्रभावित करने के लिए अधिकृत हैं। वे प्रचार का विवरण भी इनके साथ कर सकते हैं।
- 2) मैं (अवैक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. अपने न्यासीयों का निर्णय और कार्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवैक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

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 यहाँ/होते को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकाश से प्राप्त 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, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उम्मीद के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिली। यदि सहायता नहीं मिली, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/बीमा/रोजगार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना किसी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमें ही सहायता के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमें केवल इच्छा और अपने जाने की सख्ती विनिश्चयित होगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>08/11/22</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p>Jaymi Daramnagar (Name of DC & Reg. No. with stamp) MBBS, MD, FRCS, FICO Consultant - Plastic & Reconstructive R.M.C No. 90244</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p>Mr. Lakshmi N Manager Outreach Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Hospital on behalf of Hospital) 16/M, Thim... अवैक द्वारा अधिकृत अधिकारी</p>
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>	