

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/1122/1500 APPLICATION DATE : 8/11/22
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Munirathamma AGE-YEARS 58 SEX F
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
 पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : # 101/4 M.V. Extension Haxkate town
 वर्तमान आवासीय पता

Danglore Rural District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
 स्थायी आवासीय पता

POKOP post p 1500 Munirathamma

OCCUPATION : Home maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : - (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. Blank

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छापी का निशान लगायें) 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 संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1 | <u>Nagesha</u> | <u>24</u> | <u>M</u> | <u>Son</u> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सही देख के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|---|--|--|--|

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

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1 | <u>Diagnosis</u> <u>RE cataract</u> <u>LE cataract</u> |
| 2 | <u>Surgery</u> <u>RE cataract + PC.POL</u> |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक ही वर्ष सहायता राशि |
|------------------------|---|--|
| 1 | <u>DBCS</u> | <u>2000/-</u> |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कल्पन अथवा सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्यों के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र में पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में अपने पत्र में उद्देश्यों के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, उसे "कोशिका" एवम् 'व्यक्तियों', पत्र, साक्षात्कार, दूरभाष व अन्य माध्यमों से सहायता के लिए जानकारी दे सकें और/या कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी दे सकें। इस प्रकार का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन के द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्यों के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन के द्वारा उद्देश्यों के पूर्ण होने तक सहायता का हस्ताक्षर नहीं बदला जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके 'व्यक्तियों' 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 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.

हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकृत से प्राप्त व स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय स्वीकार्य/स्वीकार्य हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सारकारी से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये 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 ने रोगी के इलाज चुनना और अपने कर्तव्य को पूरी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

| | | |
|--|--|--|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>08/11/22</p> | <p><i>(Signature)</i></p> <p>Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Dr. & Designation) MBBS, MS, DNB, FRCS (C) Consultant - Phaco & Refractive</p> | <p><i>(Signature)</i></p> <p>Mr. Lakshminarayana (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 16/M, Thiruvananthapuram</p> |
|--|--|--|

FOR FINANCIAL USE ONLY KOSHIKA FOUNDATION

| | |
|--|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p> |
|--|--|