

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	N/1122/1505	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	8/11/22
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Shikamani R	AGE-YEARS आयु-वर्ष	69
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास का पता			
Defence colony Havanagar Extension			
Nagasandra Bangalore			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता			
Same as above			



OCCUPATION : व्यवसाय	coolie	MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	16,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्वयं 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 लगाएं)

Yes / No
हां / 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 सम्बन्ध
1)	VR SANDHYA	59	F	wife
2)				

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

BPL Card (Attach Card Copy) परिबी रेखा 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 Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1)	Diagnoses RG cataract LE cataract
2)	Surgery RG cataract + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायक निवेदन को खारिजी कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस को सहायता दान "कॉशिका फाउन्डेशन", से सही था नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग गया है।
- 3) मैं यืนยัน करता हूँ कि मैं सहायक हेतु यह अर्थपत्र को नहीं है, इस रकम का वापस या सफल किया किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार में प्रयोग करे, उसे "कॉशिका" नाम, पता, फोटो-या दूसरे उद्देश्य से प्रचारित करने के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाश करने के लिये अधिकृत है। मैं इस का विवरण से इसका उपयोग करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रचारित है पूर्ण स्वतः सहायक का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग अंतिम और कथनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निवेदन



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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मान्य/उपेक्षित को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायक किसी भी साकार्य संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक वित्तिय अंतिम/सफल हेतु मन्सू नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साकार्य संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी साकार्य संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेती।

- 2 "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेने यह सहायक केवल वित्तिय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इच्छा सुझा और करने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई भुतिक या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery आपरेसन की तारीख 08/11/22	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name, Designation & Stamp of Consultant) Consultant - Phaco & Refractive KMC No. 90344	 Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute for on behalf of Hospital [A unit of Koshika Foundation]
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

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