

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation



Pre OP Post OP
1813 Nagamma

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/122/1813
APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 20/12/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Nagamma
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 50
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : W/o T. P. Narayanappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Thunasi, Marthi, Malur Taluk

Kolar Karnataka - 563139

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय 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 करें)

PAN No. : आय का स्थायी पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न 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	T. P. Narayanappa	58	M	Husband
2	T. N. Murthy	23	M	Son
3	T. N. Kavyashree	20	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मात्मान/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery RE - Cataract + PC IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DBCS	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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सहाय्य अस्वाभाविक या गलत है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहाय्य मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहाय्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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/post-up/produce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्बेड, प्रिंट, पब्लिश/पोस्ट/प्रोड्यूस करने के लिये उपयोग में लेंगे और वे मेरी सहाय्य के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरी इस बात की स्वीकृति के बाद भी मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से सहाय्य नहीं मिलेगी।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहाय्य के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्ण स्वरूप में; सहाय्य का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बेड, प्रिंट, पब्लिश/पोस्ट/प्रोड्यूस करने के लिये अधिकृत और अधिकृत होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

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

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 और से प्राप्त/प्राप्त की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) वित्तिय प्रभाव से अन्य व सौकर करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहाय्य किसी और सहाय्य संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य विनिर्दिष्ट/अंशिक/संपूर्ण हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहाय्य संस्थान या किसी अन्य सहाय्य से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहाय्य संस्थान या किसी अन्य सहाय्य से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहाय्य कोष वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहाय्य या बिना पैसे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ने रोगी के हस्तगत सुरक्षा और अपने काम की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुवि का या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 30/12/22	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name of the Doctor/Physician) Consultant in Refractive	 Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (A unit of Shree Koshika Foundation) 100M, Thimmarasu, Chittoor District, Andhra Pradesh
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

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