

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/1222/1864 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 21/12/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Ningamma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रज का नाम : N/o Shankaraiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Kanasale Madhur taluk Koppa Hobli
Mandya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
Same as above-



File of 1864 Ningamma

OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker MARRIED (विकसित) / UNMARRIED (अविकसित) : /

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या : -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) : Yes / हाँ / No / 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 सम्बंध

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<u>1)</u>	<u>Diagnosis</u> <u>RE Cataract</u> <u>LE Cataract</u>
<u>2)</u>	<u>Surgery</u> <u>LE Cataract + PCTA</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के 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 लेई गई सहायता राशि
<u>1)</u>	<u>-</u>	<u>-</u>

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान सोफा पर:

- 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 पर कर्ता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन गलत पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर सहायता हेतु "कोशिका फाउन्डेशन", से सही का पता है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
 3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि मैंने सहायता हेतु पर कभी भी नहीं है, इस पैसे का वापस या सबल किसी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्ब्ले, चर, पत्राचार द्वारा उद्देश्य से मुझे संचारित और प्रकाशित करने के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रयत्न करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे हस्तक्षेप के बिना या मेरे करने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्ले उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान करण)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त एंगेज को "कोशिका फाउन्डेशन" से निहित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निहित सहायता किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निमित्त उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सकता हेतु मन्दु नहीं किया जाय है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुविधा में अन्य कदा कदा है कि हस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेती।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता सहायता निहित प्रकृति की है। ऐसे पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या जिसे गने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुधार और अपने अपने को सही निर्णय/रोगी रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of Shree Koshika Foundation Trust)
16/M, Thimrahat, Dist. Gwalior, Madhya Pradesh

Dr. Laxmi Dorennavar
MEBDM, EPRS, RICO
Consultant - Photo & Refractive
KMC No. 90294

Date of Surgery
जरीकरण की तारीख
21/12/22

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2