

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

N/1222/1869

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

21/12/22

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Ramachandra

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

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

S/o Lingaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kanasale Village Kappa Hobale Maddur
Taluk Mandya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Doc op Post op
1869 Ramachandra

OCCUPATION:
आवसाय

Coolei

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

28,000/-

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

हाँ / नहीं

1 आय आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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	Prema	58	F	Wife

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) आपूर्तिकृत 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	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF Cataract LE cataract
2	Surgery RF Cataract + PCTOL

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 जी गई सहायता राशी
1		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिक सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से नहीं कर रहा हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद पद है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्येक की नहीं हूँ, इस सहायता का उपयोग या भुगतान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में करूँगा।

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 its Trustees to use/publish/post-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 तरह पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" दूरदर्शन, दूर, पत्र/पत्र/दूरदर्शन से मुझे प्रेषितियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण मेरे द्वारा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मांगी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे ज्ञात। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकमात्र सहायता का निर्णय अधिकृत और माध्यमों होगा।

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 this 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.

हमसे अधिकृत, हमसे अधिकृत की और से पत्र/पत्रों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से मांग या स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होनी चाहिए। यदि कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हम इससे कम से कम कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसे अधिकृत किसी अन्य और सहायता से किसी अन्य सहायता से सहायता होने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसे अधिकृत द्वारा वित्त प्रकार से सहायता हेतु किसी और सहायता से किसी अन्य सहायता से नहीं होनी चाहिए।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमें पर हमसे अधिकृत द्वारा ही सहायता या वित्त गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हमसे अधिकृत का बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हमसे अधिकृत से हमें को इतना सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी हमें एवं हमसे अधिकृत की होगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संश्लेषण के लिए संस्तुति

Date of Surgery
संश्लेषण की तारीख

21/12/22

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Surgeon)
Consultant in Plastic & Refractive

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory)
(A unit of Shree Chaitanya Hospital)
16/M, Thimmarasu Road, Malavalli, Hyderabad

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्रथम हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
द्वितीय हस्ताक्षर 2