

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1222/1894

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

22/12/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Govindammal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

w/o Channaswamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#196, 10th cross, Flower Garden Channarayana

Bangalore Karnataka - 560018

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी 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	Channaswamy	68	M	Husband
2	Selva Kumar	24	M	Son
3	Sudha	37	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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)उपभोग्य 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 - Catamart LF - Catamart
2	Surgery RF - Catamart + p.c.m.

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 ली गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

Pre op Post op
1894 Govindammal

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा घोषणा की:

- 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 मेरे ज्ञानवर्धन के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगा, इसका उपयोग किसी अन्य स्रोत की मदद से करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं आवेदन कर रहा हूँ, उस सहायता का उपयोग या समकालीन किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से प्राप्त किया जायेगा और मैं इसी ध्येय के लिए।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित हैं, उसे "कोशिका" एम.डी.ए.सी., ऑन. एम.डी.ए.सी. द्वारा इलेक्ट्रॉनिक या मुद्रित माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी सहमति का अर्थ यह है कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता को अन्य स्रोतों से प्राप्त सहायता के लिए नहीं इस्तेमाल करूँगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता को जारी करने से प्रतिबंध है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एम.डी.ए.सी. की निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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 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, इससे अधिकृत की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि मैं अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करूँगा, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित नहीं की जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि सहायता के लिए हमें सहायता के लिए सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता के लिए सिफारिश कर रहा हूँ। मेरी हस्पताल द्वारा दी गई सहायता को किसी भी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से प्राप्त सहायता के लिए नहीं इस्तेमाल करूँगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

22/12/22

Dr. Laxmi Dorennavar

(Name of the Authorised Signatory)

Consultant Refractive

Mr. Lakshminpathi N
Manager Outreach(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shree 450 Eye Care Trust)
18/M, Thimmarasu Road, Malviya Nagar, Red Area

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2