

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/1222/1895

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथी

22/12/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Shanthi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

W/o Ramalingam. P

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

193/A, 10th Cross, Flower Garden 2nd

Lane Mysore road, Channarayana Nagar Bangalore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Karnataka

Same as above

Pre op Photo
1895 Shanthi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न देना)।

Yes / No

हाँ / 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	Ramalingam	70	M	Husband
2	Bhagyalakshmi	27	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधारBPL Card
(Attach Card Copy)गरीबी रेशा 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)उपभोक्ता 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:Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविबरेन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविबरेन सूची संलग्न	
1	Diagnosis	RE - Cataract LE - PCIO
2	Surgery	RE - Cataract + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	DBCC	2000/-

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउंडेशन", मेरी ही होनी है, इसका उपयोग किसी और उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बतारा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या संकलन किसी भी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एनएफओ, दान, धारकता शुरू करने के लिये और वित्तियोगों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अस्वीकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण की किसी भी उपयोग के अंतर्गत से अस्वीकृत है। प्रसारण का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएफओ त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आधिकारिकी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता के अभाव या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदत्त है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रदत्त हेतु प्रदत्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उठा ली जायेगी हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं ली जायेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही चलाया जायेगा या बिना के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षा और अन्य जाने को सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अविवरण की तारीख

22/12/22

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Doctor & Designation)
Refractionist

Mr. Lakshmi Prasad N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
of Hospital)
16/M, Thimmaiah Road, 1st Floor, Red Area
द्वारा व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नरसी हस्ताक्षर 2

[Signature]