

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N1012311993

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

06/01/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Pushpa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

40

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

w/o Venkataray

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Yalachanahalli, Bangalore

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

29,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई 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 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी 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 RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery RE - Cataract + Piloc

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 सी गई सहायता राशी
1	DPRS	8000/-

preop 1993
postop Pushpa

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 आवेदनपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन आशय प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरास भी हो सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कॉशिका फाउन्डेशन", से जोयी जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद करेब की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस आवेदन में प्राप्त किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया जा रहा है, उस पर भविष्य में किसी भी प्रकार का भुगतान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं किया जायेगा और न ही भविष्य में होगा।

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 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 fulfilment 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा आवेदन करने पर, मैं (आवेदक) आवेदक सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस आवेदन में घोषित है, उसे "कॉशिका" द्वारा न्यासी, दान, सहायता के माध्यम से जहाँ गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता मेरे इलाज के लिये या मेरे कार्य में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से मांगी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के इच्छा से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" द्वारा उसके न्यासी को निर्णय अधिकार और सहायता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

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

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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और ये 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 किसी भी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु भुगतान नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि अस्पताल पूर्णतः मात्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं सहायता लेगा।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन निर्णय प्रदान की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा ये सहायता या निम्न से उपचार/उपचार या भुगतान होगी एवं हस्पताल को दोष का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को सहायता सुझा और जाने जाने को सही निर्णयों लेने एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
उद्घाटन की तारीख

06/01/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS MS, FPRS, FICO
Consultant, Phaco & Refractive
KMC No- 50244

Mr. Lakshmi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of Shree Chhatrapati Shahu Maharaj Trust)
15/M, Thiruvananthapuram, Kerala

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2