

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		N / 0123 / 2097		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 17/01/23	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		Muniyamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				70	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्तुम्य का नाम		W/o Thimma rayappa			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तुमान आवासस्थान पता					
Dinnahalli, Kolan District, Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासस्थान पता					
Same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय		Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्नन लगायें)					
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 सम्बंध	
1	Thimmarayappa	80	M	Husband	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि 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) 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:					
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 LE - Cataract + p.p.c				
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	DBTS		2000/-		

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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात की सहायता यहाँ "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, इसलिए इससे प्राप्त की गई मदद के लिए किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप को भरा है, उस मदद का अंशिक या सफल किया किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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-upreproduce 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, जो "कोशिका" फाउंडेशन, चप, पाचपाच द्वारा उद्देश्य से मुझे वित्तिय मदद और वित्तिय मदद के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रेषित करने में मदद कर सकते हैं। मैं प्रारूप का निरास गैर उद्देश्य के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद 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 मदद: सहायता का प्रकाश नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउंडेशन मदद अधिकृत का निर्णय अंशिक और सहायता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगुष्ठ की छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/एंगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरास प्रकाश से नाम व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कोशिका और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विषय के लिये सम्मान में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अंशिक/सफल हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हमसब को किसी अन्य गैर सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसब द्वितीय मदद प्राप्त करने हेतु किसी गैर सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेते/लेते।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मदद सहायता के लिये प्रेषित की है। मेरी या हमसब द्वारा की गई सहायता के लिये गैर उद्देश्य/प्रतिष्ठा का प्रचार नहीं है। हमसब को भी यह का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई मदद नहीं है। इसलिए हमसब ने मेरी को सहायता सुरक्षा और गैर जाने की सारी जिम्मेदारी एंगी एवं हमसब की होती और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस बात में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रेषण

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

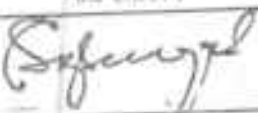
17/01/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(MBBS, MD, FRCR, FICO)
Consultant Phaco & Refractive
KMC No. 90244

Mr. Lakshmpathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Koshika Foundation Trust)
16/M, Thiruvananthapuram, Kerala, India

SIGNATURE of TRUSTEE 1
महोदय हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
महोदय हस्ताक्षर 2

