

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Befitting block of life.	
APPLICATION No. :		APPLICATION DATE :			
आवेदन संख्या : N/a23/2100		आवेदन तिथि : 17/01/23			
NAME OF APPLICANT :		AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग	
आवेदक का नाम Chikkavenkatamma		70		F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME :					
पिता/हस्ताक्षर का नाम w/o Ramajiah					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पत्ता					
Hisanadaballi Village, Malavi Taluk,					
Kolara District-Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासस्थान पत्ता					
Same as above					
OCCUPATION :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
उद्योग Unemployed					
TOTAL ANNUAL INCOME :		(Attach Proof of Income)			
कुल वार्षिक आय -		(आप को साक्ष्य सौंपें)			
PAN No. स्पष्ट खाल छोड़ दें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):					
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर त्रिशूली का निशान लगाएं): Yes / No हाँ / नहीं [X]					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्या का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से साथ सम्बन्ध	
1.	Chandrabakumar	54	M	Son	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
सहायता के लिए किसे किस प्रकार की उद्देश्यः					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची सौंपना				
1	Diagnosis RE cataract LE - cataract				
2	Surgery LE-Cataract + PCOL				
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 लेई गई सहायता राशि		
1	DRXS		₹ 000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रपत्र 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) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में धरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह उपाय नहीं करूँगा, जो भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न मिले और न ही भविष्य में मिले।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'नियंतकों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में दिये हैं, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूर, मासिक पत्र, इत्यादि के द्वारा प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। इस प्रपत्र का प्रकाशन मेरे इरादों के पालन या धार में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में किसी भी प्रकार बाधा नहीं है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे स्वतंत्र सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह अपने नियंतकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारा अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं करेंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है, जिसके अंतर्गत हमें सहायता मिलेगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हम स्वतंत्र रूप से सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा हस्ताक्षर केवल वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश के लिये है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा हस्ताक्षर केवल वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश के लिये है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा हस्ताक्षर केवल वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश के लिये है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई दबाव नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये अनुमतिDate of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

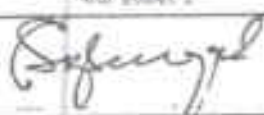
17/01/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
Consultant - Phaco & Refractive

Mr. Lakshmi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
* 16M, Thiruvananthapuram, Kerala, India

KMF No. 90244 KOSHKA FOUNDATION

अनारक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नियंतक हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नियंतक हस्ताक्षर 2
