

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N 101231 2135		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 18/01/2023		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Sarojamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 78	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : W/o Ramanna				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Besagarahalli, Madur Taluk, Mandya District - Karnataka				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय : Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : -		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. स्पष्टीकरण संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पत्र हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)				
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	Ramanna	91	M	Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे एवं विनंती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न			
1	Diagnosis RE - p101 LE - Cataract			
2	Surgery LE - Cataract + p101			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता ली गई		
1				

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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी 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 दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से मेरी या रही है, उसका उपयोग उनी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में उक्त किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु जो राशि मांगी है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विरस्त किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लिया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

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/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 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 availing 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, एम, वाकवाक्या दूसरे उद्देश्य से कुछो गतिविधियों और वित्तियताओं के लिये किसी भी प्रकार सफल हो प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बदले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

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

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 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.

हार्द अतिथि, हस्ताक्षर की ओर से सफर/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सफर/रोगी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अतिरिक्त/सफर हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य और सफर/रोगी सफर या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल प्रीति मरर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सफर/रोगी संस्था या किसी अन्य सफर से नहीं लेना/लेने।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा से गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इच्छित हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की गयी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

8/10/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS MS FRCS FICO
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
Consultant, Plastic & Refractive
RMC No. 30244

Mr. Lakshmi N

Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Working on the name of the Hospital)
(A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj
Nagpur, Chhatrapati Shivaji Maharaj Area)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2