

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0123/2141

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/01/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chennamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

w/o Venkatesh Gada

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bhoganaballi, Crossroad, Hosakere

Maddur Taluk, Mandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर चुकाते 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
1	Mangalanamma	49	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)गरीबी रेखा 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 किसे गये विनती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No.
क्रम संख्या

Diagnosis

RE - Cataract

LE - Pterion

2

Surgery

RE - Cataract + Pterion

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No.
क्रम संख्याNAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य परी पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं प्रार्थना कर रहा हूँ, उस मदद का मुझे या मेरे परिवार के किसी अन्य सदस्य/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 प्रकार या अपने इसका या अपने को आप सहायक, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, जहाँ "कोशिका" दूरदर्शन, दूर, वाकचला द्वारा दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सहायक से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का उपयोग मेरे इसका के लिये या करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के दूरदर्शन से प्रसारित है मुझे पता: सहायक का प्रकार या प्रकार। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन के अधिकृत या विवेक अधिकृत और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के इसका या अपने 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, इसका या और से सिफारिश करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायक से प्राप्त या किसी अन्य सहायक से प्राप्त की जाएगी, जहाँ हम (हस्पताल) सिफारिश करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायक प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश की जाती है, तो हम (हस्पताल) सिफारिश करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश की जाती है, तो हम (हस्पताल) सिफारिश करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु प्रार्थना कर रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायक प्राप्त होगा, वह वित्तीय प्रकृति का होगा। हम (हस्पताल) द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य सहायक/प्रक्रिया का चुनाव हमारे द्वारा ही होगा। हम (हस्पताल) द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य सहायक/प्रक्रिया का चुनाव हमारे द्वारा ही होगा। हम (हस्पताल) द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य सहायक/प्रक्रिया का चुनाव हमारे द्वारा ही होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/01/2023

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS (Gen. FICO)Consultant - Plastic & Refractive
RMC No. 90244Mr. Lakshmi N
Manager Outreach(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shree Koshika Foundation)
E-16/M, Thimmarasu

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2