

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : N/0123/2185		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 20/1/03			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Nagamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 55	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्न्य का नाम L/o Siddaiah					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता Wood St 11 Malavalli town Marshalli Mandya Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता Same as above					
OCCUPATION: व्यवसाय Home maker				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 मन्व हो उस पर सही का चिह्न लगावे): Yes / No हाँ / 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 लिए विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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) उपभोगिता 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न				
1	Diagnosed PF Cataract IF Cataract				
2	Surgery PF Cataract + PCIO				
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 राशी			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हताक 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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने में असमर्थ या गलत साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भुगतान, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हताक 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 प्रत्यक्ष पर मेरी हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप लगाकर, मैं (अर्हताक) अर्हताक को घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" एम्बल्म, चरण, आदिवासी इत्यादि उद्देश्यों से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रत्यक्ष का प्रकाशन मेरी इच्छा के विपरीत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से ग्राह्य अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को सफलतापूर्वक से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं था। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्म उसके 'ट्रस्टी' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हताक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप


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.

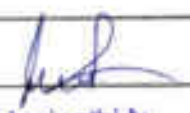
इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से प्रमाणित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से निर्धारित सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मरीज से ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्धारित प्रकार के सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भुगतान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्धारित नहीं की जाती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय स्तर पर इकाई/मार्गदर्शक हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी चाहिए।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई चिकित्सा या बिना पाने उपचार/प्रक्रिया का सुचारु चलाया जायेगा हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी से इलाज सुचारु और जारी करने को जारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए घोषणा

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/1/23	 Dr. Laxmi Dorennavar (MBBS, MS, FRCS, FICO) Consultant - Phaco & Refractive KMC Hospital, Koshika Foundation	 Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (A unit of Shree Koshika Foundation) # 165/1 Thane Road, Koshika Foundation
SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राथमिक हस्ताक्षर 2
		