

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/1025/2197
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 17/10/24
आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : Shivaswamy
आवेदक का नाम :

AGE-YEARS : 67
SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/O Chennappa
पिता/कन्या का नाम :



Pre op post op
2197-Shivaswamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : H.No. 108, Kundur, B.G. para (H) Nalavalli (RT)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Mandya CD, Karnataka

OCCUPATION : Coolie

MARRIED () / UNMARRIED (x)

TOTAL ANNUAL INCOME : 17000

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : Yes / No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार की सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा से नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या किताबों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Orthopedic RF - Cast LF - Cast
2	Surgery RF - Cast + PCCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा घोषणा करे)

- 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.
 - 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.
 - 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त भी हो सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउण्डेशन", से लेने का पता है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह अर्शेक की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोविडेंट/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न मांगा गया है और न ही भविष्य में मांगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा करार)

- 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/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 it's 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 प्रकरण का अपने इच्छाया या अंग्रेजी की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अर्शेक सहायता की सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, एन. एम्प्लॉयी द्वारा उद्देश्य से चुटी परिधि/विधि और प्रदर्शनों के लिये किया भी प्रसारण करने से इजाजत करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छाया के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इच्छाया नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक 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:
- 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.
 - 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 it 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/काम हेतु मन्तव्य को किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय तब उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सारकार से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउण्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विचार है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इच्छाया सुरक्षा और जाने जाने को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या विवेचना इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery अभियोग की तारीख 17/10/24	  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम एवं इच्छाया व एन. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) Mr. Lakshmi Prasad Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Sri Siddha Eye Care Trust.)
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION # 101, Miller Tark Bed Area

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	