

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life.

APPLICATION No. : 13/1005 / 2009
 आवेदन संख्या :
 APPLICATION DATE : 17/10/09
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Srinivasulu
 आवेदक का नाम
 AGE-YEARS आयु-वर्ष : 50
 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Subbarayalu
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
 वर्तमान आवासीय पता
 Coopalappa, layout, Bangalore
 Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
 स्थाई आवासीय पता



Pre OP - Post OP
 2009 - Srinivasulu

OCCUPATION : Coolie
 व्यवसाय
 MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 2000 / -
 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 छत हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)
 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 से संबंध
/				

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे लिये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1-	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery LE - Cat + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

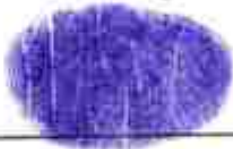
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता लगाया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो निधि लेऊँगा और न ही सहायता लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अगली तरफ की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् न्यायोपक्ष, पत्र, संचारण या अन्य उद्देश्य से मुझे वित्तीय सहायता और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार से प्रचारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पथों या चारों ओर करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायोपक्षों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रचारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पथों या चारों ओर करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायोपक्षों को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

हमारे 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 वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का संभव है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी अन्य सहायता संगठन से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधायी अधिकृत/प्रदान हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हम सहायता सिफारिश करने के लिये सिफारिश करने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं सहायता लेते।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान की जा रही है, उसका उपयोग उद्देश्य पूर्ण करने के लिये किया जाएगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई उद्देश्य नहीं है। इसलिए हम सहायता में मेरी ओर से इलाज सुरक्षा और आगे जाने की सभी जिम्मेदारियाँ पूरी एवं हम सहायता को हमारे और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

(Signature)

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>17/10/25</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p>Dr. PREETHI. B.K. MBBS, DNB, FRCR, FRCO, FRCR (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ दें</p>	<p>MR LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>जो न. व. हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (केवल कोशिका फाउंडेशन के उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
-------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------