

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/012312226

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/1/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kalyani

AGE-YEARS आयु-वर्ष

42

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हटुस्य का नाम

C/o Kalyani Jaganathan S

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

No. 86 / Block Swathantrapalya Bangalore North
Bicampuram Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

आवसाय

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 पाल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Jaganathan	70	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्रास/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF Calcinosis LF Calcinosis
2	Surgery RF Calcinosis + PCTOL

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 संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1	DRCS	2000/-

Preop postop
2226 Kalyani

DECLARATION by APPLICANT: (अवेकक द्वारा घोषणा कर):

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन गलतपा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, प्रत्येक उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पत्र प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं इस मदद का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न कर रहा हूँ और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेकक 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/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 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 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 पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत, मैं (अवेकक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी को सहमत करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों द्वारा वितरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे प्रकरण के पालन या खर्च से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से त्रुस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेकक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेकक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का निशान


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:

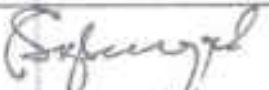
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" के वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरा/आंशिक रूप से प्राप्त करने के लिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को सिफारिश/सिफारिश प्रदान की संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सकारात्मक संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सहायता प्रदान करने/प्राप्त करने हेतु किसी भी सकारात्मक संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना लगे उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझाव और अपने जाने को जारी निम्नोपरी रोगी एवं हस्पताल को छोड़ और "कोशिका" को कोई सुझाव या निम्नोपरी इस मामले में नहीं छोड़े।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/1/23	Dr. Lakshmi Dorennavar (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant - Plastic & Refractive FOR INTERNAL USE BY KOSHIKA FOUNDATION KMC No. 56244	Mr. Lakshmi Dorennavar Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya) # 15/M, Thirumangalakudi, Chennai - 600 048
SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रुस्टी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रुस्टी हस्ताक्षर 2 