

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0124/2269

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

25/1/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ningamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सुपुत्र का नाम

1010 Desigouda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

Lakshmiapura Rasaba Habli, Kanakapura

Taluk Ramnagara Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासस्थान पता

Same as above



proof photo
2269 Ningamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

—

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यहाँ चिह्नित करें)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):

Yes / हाँ

No / 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 लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	<p>Diagnosis RE - cataract LE - cataract</p>
2	<p>Surgery -- LE - cataract + Piloc</p>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त किया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1	DBS	2000/-

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सचन जलाने यात्रा जात्रा है तो सही सहायता मिलने की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में घोषणा किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेजा है, इस प्रकार कि कोई भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से पैसे मिले हैं और न ही भविष्य में लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/put-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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है, जो इस प्रपत्र में घोषणा किया गया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रपत्र का प्रकाशन मेरी सहायता के पैसे को खर्च करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रपत्र का प्रकाशन मेरी सहायता के पैसे को खर्च करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रकाशित नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित विवरण का प्रयोग और सचनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को इसका छाप या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से प्रमाणित करने के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार से हमारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उभार ली जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उभार के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रपत्र भेजा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने की अपेक्षा प्राप्त होती है तो हमें सहायता मिलने की अपेक्षा प्राप्त होगी। इस प्रपत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता मिलने की अपेक्षा प्राप्त होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में घोषणा किया गया है।

3. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में घोषणा किया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

(Signature)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
25/11/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICU
Consultant, Max Hospital
GNG No. 40244

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A Unit of Max Hospital, Gurgaon)
10/M, Third Floor, Near Tank Bad Area
जब व पर हमें सहायता अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1
(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2
(Signature)