

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		W/0223/2311		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		03/02/23		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम			Sharadamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	59	SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम			v/o Nariappa					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता								
Mazappanahalli, Thandge post								
Dabbighatta Hobli, Tirunelveli taluk, Tirunelveli								
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता								
Same as above								
OCCUPATION : व्यवसाय				Home maker				
TOTAL ANNUAL INCOME : वार्षिक आय				-				
PAN No. स्थायी खाता संख्या				-				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध				
1	Shiva Shankar	41	M	Son				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार								
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न							
1	Diagnosis RF - Catarrh LE - Catarrh							
2	Surgery RF - Cataract + P.U.C							
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 सी गई सहायता राशी				

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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अज्ञान पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

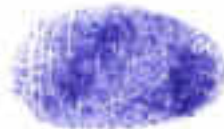
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोर्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायोर्ष, चर, सचिव/या दूसरे उद्देश्य से किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फॉर्म का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोर्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोर्ष अधिकृत है। इस मदद का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित न्यायोर्ष का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 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:

- 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद न माँगा करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विचारित मदद से संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अंतिम/समय हेतु प्रदान की जाय तो हम हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से मदद लेने या अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद के लिए मदद हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेने का अधिकार है। हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेने का अधिकार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi Prathi N
Minister, Outreach

Ministry for Outreach & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

03/02/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Glaucoma & Refractive
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोर्ष हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोर्ष हस्ताक्षर 2

Shirur