

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 3/0124/2313
आवेदन संख्या :
APPLICATION DATE : 30/1/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Eramma
आवेदक का नाम
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 89
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Malari
पिता/सुरूस का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
Houanuru Ajjapur taluk
Chulbarga Karnataka
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
Same as above.

OCCUPATION : home maker
व्यवसाय
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय
(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. :
आय कर खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पंजीकृत हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):
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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) पीबीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Apy-Other Esis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Digoxin Rx Cataract Rx Cataract
2	Surgery Rx Cataract + PCDL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिया गया सहायता राशि
1	Medicine	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

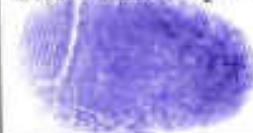
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में उल्लेखित है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रत्येक की नहीं है, उस राशि का जमाता या सफल विराम किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 its 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 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपुत्रों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोपुत्र, पत्र, साक्षर/वाच्य द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज को चलाने या कराने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोपुत्र अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्यों से प्राप्ति हेतु प्रेषित है प्रेषित है सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोपुत्रों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय 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 और सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनयित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनयित अतिरिक्त/सफल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हमसाल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसाल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत हुए दो वर्षों के लिए या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने बाने को धारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या विनियोगिता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

(Signature)

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <i>30/1/24</i>	<p><i>(Signature)</i></p> <p>Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Ophtho & Refractive अन्तर नेत्र चिकित्सा एवं दृष्टि सुधार</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p>Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 16/M, The... युवा व चर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनारिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपुत्र 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपुत्र 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>