

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0323/2950

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

21/1/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Chandramma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

w/o Subramani

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#60 V H puram Bangalore South Chikape
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई करदाता संख्या

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

क्या आप आय कर देता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 विवर्त आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रूखा 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 किसे लगे विवर्त का उद्देश्य:

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

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 ली गई सहायता राशि
1	DBL	2000/-

Preop Postop
2950 Chandramma

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.

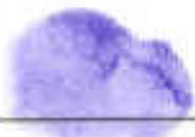
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य व सत्य अवश्य प्राप्त प्राप्त है तो मेरी सहायता विवरण को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि को अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कथन)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एण्ड/न्यासीयों, दान, सहायता/दान हेतु उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण जो इलाज के महत्व या मदद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में लगी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित हैं पूर्ण सत्य, सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एण्ड/न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को आगे से सत्यापन/सोरी को "कोशिका फाउंडेशन" में विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) बिना प्रकार से माध्यम से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विमति उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अतिरिक्त/सफल हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा निर्णय सहायता हेतु उक्त रोगी/रोगी के लिये सिफारिश/विमति उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल विवरण प्रकृति को है। लेने या हमारा द्वारा ले गई सहायता या बिना हमारे उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रूप से हमारा का बीच का विवरण है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारा में लेने के इलाज सुधार और अपने अपने की सारी जिम्मेदारियाँ लेने एवं हमारा की होगी और "कोशिका" को कोई प्रमाण या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/3/23

For Nil

Dr. Laxmi Dorenavar
Name of Dr. & Reg. No. with Stamp
MBBS, MRCO, FRCO

Mr. Lakshmi Prathi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care
on behalf of Hospital
(A unit of Shree Eye Care Trust)
16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2