

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0303/2976

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

24/3/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Lakshamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

L/o Revanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Haraballi Koppa Hobali Besagarahalli

Haddur taluk Mandya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी पत्रांक संख्या

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

यदि आप आय कर देता है: (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ):

Yes / No

हाँ / 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	Revanna	80	M	husband

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) 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 विनति 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 + P.IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशि



Preop Postop
2976 Lakshamma

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक 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 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 कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का जमाव या स्वतंत्र विधियाँ किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो ली जा रही हैं और न ही भविष्य में ली जायेंगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक 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/print-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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके जमादारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् जमादार, दान, वाचक/या हमारे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों को प्रमोट/विपणन के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरा प्रपत्र का विवरण जो इलाज के पहले या बाद में करार के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से जमादी अधिकृत है।

- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण सत्य, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके जमादारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप


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, हमारा/हमारे को और भी सहायता/रोगी को "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 भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग्यता से ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विपणन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/स्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा/हमारे किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा/हमारे वित्तीय प्रपत्र उक्त रोगी/रोग्यता हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारा/हमारे द्वारा ही पूर्ण सहायता का निर्णय लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा/हमारे का बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा/हमारे में रोगी को इलाज शुरू और आगे जाने को जारी रखने/रोगी एवं हमारा/हमारे को जारी और "कोशिका" को कोई भुनिक/या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति



Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Address of Authorised Signatory)
(A unit of Koshika Foundation Trusts.)
16AM, Thiruvananthapuram, India

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/3/23

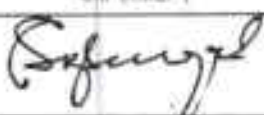
For N3
Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
हमारे का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.
Consultant - Plastic & Refractive
KMC No. 9244

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यासी हस्ताक्षर 2

