

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

11/0303/2985

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/3/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Krishna

AGE-YEARS अनु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

s/o Marigowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chunche Gowdama Doddi Bedagarahalli

Maddur taluk Mandya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



Proof Postap
2985 Krishna

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

29,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाली रखें

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

या आय कर दाता है (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 संबंध
1)	Bharathi	24	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गए विनती 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 LE Cataract - PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करना:

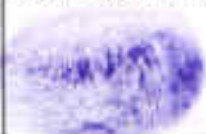
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance if any liable for rejection/cancellation.
 - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापत्रक निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उम्मीद उभार की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस महापत्रक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रार्थना का आर्थिक या वित्तीय किन्हीं अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pu-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.
 - 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निम्न करने से, मैं (आवेदक) अपनी छाया की छवि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके महापत्रक" को अधिभूत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं अन्य माध्यमों, दूरदर्शन, दूरभाष, दूरभाष, दूरदर्शन से सूट्टी विडियो और अन्य माध्यमों के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिभूत है। मैं प्रकरण का निष्पत्ति में इलाज के चलते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से जवाबी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से महापत्रक हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापत्रक के उद्देश्यों में प्रयोग है, सुट्टी माध्यमों का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं अन्य माध्यमों के लिये अधिभूत और जानकारी देता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निम्न



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:
- 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 any other 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.
 - 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 अधिभूत, हस्ताक्षर की जाय से मालूम/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय महापत्रक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण में मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय महापत्रक किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरमल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापत्रक किसी आर्थिक/सम्बन्ध हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से महापत्रक लेने का अधिभूत सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेष मदद उक्त रोगी/मरमल हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी महापत्रक प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह मदद का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रोक नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियों इस प्रकरण में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

L. Lakshmi

<p>Date of Surgery आपरेसन की तारीख</p> <p>24/3/23</p>	<p><i>for Nil</i></p> <p>Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Consultant in Ophthalmology & Refractive</p>	<p>Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Shri Chakra Eye Care Trust.) # 16/M, Thimimala Road, Madhav Nagar, Badli Area</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>