

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: <b>N/0323/2995</b>		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: <b>24/3/23</b>	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: <b>Venkatagirijamma</b>		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: <b>70</b>	SEX / लिंग: <b>F</b>
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्य का नाम: _____			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: <b>H No. 51, Huladenalle post, Gollahalli, Rajanahalli, Harthi Taluk, Kolar, Karnataka</b>			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: <b>Same as above</b>			
OCCUPATION / व्यवसाय: <b>Home maker</b>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: _____		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. / पैन संख्या: _____			



**Preop Postop  
2995 Venkatagirijamma**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes /  No  
 क्या आप आय का दाता हैं ( जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):  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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये चिन्हित आधार



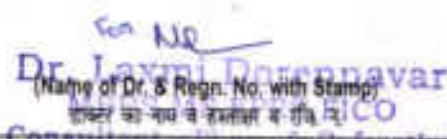
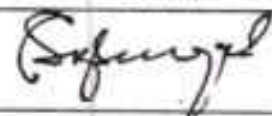
<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach-Card Copy) / गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis / Pt Cataract / Lt Cataract
2)	Surgery / Pt Cataract + PCDO

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

<b>DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा एवं:</b> 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच बनाने अथवा सच्यता का दावा है तो सही सहायता मिलने की संभावना है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण अंश के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है। 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु एक वर्ष के अंदर, इस सहायता का अंशिक या पूर्णतः विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और नहीं भविष्य में लूँगा।	
<b>AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)</b> 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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. 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, पत्र, याचनाएं द्वारा उद्देश्य में जुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
<b>APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :</b> आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप 	
<b>AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)</b> By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान में मान्य व स्वीकारा 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/मरीजों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/असमर्थन हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधर से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत में नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता अंशक वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो सहायता या वित्त प्रदान किया गया उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और करने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
<b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b> स्वीकृती के लिए संमति 	
Date of Surgery अंशक की तारीख 24/2/23	Mr. Lakshmi Pathi N Manager, Outreach Institute for Diagnosis & Care (A unit of Shree Sai Hospital Pvt. Ltd.) 6/16M, Thimilash Road, Miller Tank Bund Area Dr. Jaymi Dorennavar (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर 
<b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b>	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 