

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundationPre-op Postop
3042 Sushelamma

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0303/3042

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

29/03/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sushelamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S-SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

W/o Nolasimhaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Honekere hobali, Nagamangala taluk

Hidasahalli, Mandya, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of income)

(आय का संक्षेप प्रस्तुत करें)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता 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 संबंध
1	Devanayju	43	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)गरीबी रैक 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)उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF- cataract LE- p10L
2	Surgery RF- cataract + p10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीमा गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1		

DECLARATION by APPLICANT: STATE OF NEW YORK

- DECLARATION by APPLICANT:** ☐ **English** ☐ **Hindi**
- 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 यहाँ पर कक्षा है कि इस दस्तावे में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो सभी सहायक निरस्त की जा सकती हैं।
- 2) मैं इस की सहायक यदि "कोशिका फाउंडेशन" में ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस दस्तावे में था।
- 3) मैं यहाँ पर कक्षा है कि बिना सहायक हेतु वह अन्यत्र की गई है, उस राशि का अधिक या समान विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा करार)

- 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.
- 3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को गुरुत्व देता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रयोग है, इसे "कोशिका" एग्यु न्यूसरी, दान, सहायता के द्वारा इस्तेमाल से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज की प्रगति या बात में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रयोग अधिकृत है।
- 23) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के इस्तेमाल में प्रयोग है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एग्यु न्यूसरी को निर्णय अंतिम और बंधनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आयुर्वेद के इलाख के अंगुली का निगाल

AGREEMENT by HOSPITAL. (बिनाम डॉ. मॉड.)

- 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.
- हमारे अधिकृत, इसलिये की ओर से समझे/होरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो हमself और न ही अधिकृत ये वित्तीय सहायता किसी तीसरे साकारती संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मर्यादा में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के समान या "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/सफल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हमself को अन्य तीसरे साकारती संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि हमself द्वितीय मदद उक्त रोगी/मर्यादा हेतु किसी तीसरे साकारती संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमself द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमself को लेने का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हमself ने रोगी के इलाज मुफ्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमself को होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी हमself समझे में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach
(Name Designated as Statutory Authorized Signatory
Institute on behalf of Shri Sankar Eye Care
(A unit of Shri Sankar Eye Care Trusts.)
3-4, V. V. Road, Anna Nagar, Chennai - 600 040

Dr. Lakshmi Debnath
MBBS, MD, FICP, FICO
Consultant Physician & Endocrinologist
KMC No. 50244

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 नामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी हस्ताक्षर 2