

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)			 Koshika foundation Building back of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या : N/0323/3060		APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 30/3/23					
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : Anusuya Bai		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 80		SEX लिंग : F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/हस्ताक्षर का नाम : L/o Late Narayana Rao		  pre op post op 3060 Anusuya Bai					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान परतः Barandaru Barandun Shimoga karnataka							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासस्थान परतः Same as above							
OCCUPATION : व्यवसाय : Homemaker							
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : —		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)					
PAN No. स्थायी राजस्व पहचान संख्या : —		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) आप आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगा दें) : Yes [X] / No					
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 सम्बंध			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार							
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया 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 RE Cataract + P IOL						
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 सी गई सहायता राशि			
1	RBCS			2000/-			

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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 एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी महापिता निधि को वापस करनी होगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मेरी महापिता निधि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई है, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी महापिता निधि पर प्रत्यक्ष कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त नहीं करूँगा। मैं अन्य स्रोतों/रोजगार/बीमा कम्पनी से वापस नहीं करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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-out/produce 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.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने महापिता निधि को घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बेल्ड, प्रिंट, प्रकाशित, दूरदर्शन या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापिता निधि उद्देश्यों से घोषित है, उसके द्वारा महापिता निधि को प्रसारित कर दिया जाएगा। इस संबंध में "कोशिका" एम्बेल्ड, प्रिंट, प्रकाशित, दूरदर्शन या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित किया जाएगा और मेरी स्वीकृति होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अतिरिक्त/अवकाश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता अस्पताल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/3/23	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Plastic & Reconstructive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	