

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **B/0126/3143**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **14/1/26**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **Shivananda .N.**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **65** जायु-वर्ष
SEX **M** लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **C/o (d) Narashina society**
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान आवासीय पता**
FTD, Koppalhi, Maddur, Yadavambali village, Mandya.
Marka, Karnataka - 571425.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **स्थायी आवासीय पता**



Pre OP 3143 Narashina society
Post OP

OCCUPATION : **Unemployed.**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **---**
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **---** स्थायी खाता संख्या

RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (कौ प्रत्येक को उस पर सही का चिह्न लगाएं) 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 संबंध
/				

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	D.Pagnon's - RE PTD L. LE Cataract
②	Surgery - LE Cataract - PTD L.

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 एक लाख सहस्रायु तक

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा घोषणा पत्र:

- 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 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह उद्देश्य नहीं है, उस सहायता का अतिरिक्त या समकाल विद्यमान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे ले लिया जाए और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन द्वाारा 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/post-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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायपालकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् न्यायपालकों, दाता, वाचना/शुद्ध उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायपालकों द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे उचित है। सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायपालकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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 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.

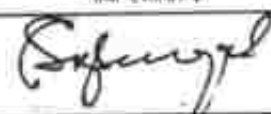
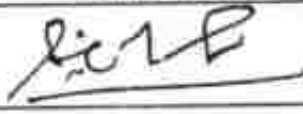
इससे अधिकृत, हमारा यहाँ घोषणा करने वाले अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को सिफारिश करने के लिये, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन प्राप्त करने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/समकाल हेतु अनुमति नहीं मिलती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा कोई भी रोगी/रोगी के लिये सिफारिश करने के लिये किसी भी सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोषाट प्राप्त होती है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किसी अन्य स्रोत/सहायता का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/11/20	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज का पता	 Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager Outreach Bangalore (Name of Authorised Signatory on behalf of Hospital) DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Shradha Eye Care Trust) Vasanthanagar, Bangalore-52
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायपालक 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायपालक 2 
--	--