

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1839

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/9/20

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Channamma

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

75

SEX (लिंग)

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Marinarajaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (आवास) (वर्तमान)

Nembinganahalli

Maddur taluk

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : (स्थायी) (आवास) (पता)



pre op post op

1839 Channamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (आय) (संख्या)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को चयन करें जो लागू हो) (आय कर दाता नहीं) (आय कर दाता नहीं)

Yes / हाँ

No / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार) (विवरण)

Sr. No. (क्रम) (संख्या)	Name of Family Member (परिवार) (सदस्य) (का) (नाम)	Age (Years) (वर्ष) (वर्ष)	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक) (से) (संबंध) (संबंध)
1	Shivalinga	47	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) (आवेदक) (के) (आय) (प्रमाण) (प्रमाण) (प्रमाण)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (आय) (आय) (आय) (आय) (आय) (आय)	Ration Card (Attach Copy) (आवेदक) (आवेदक) (आवेदक) (आवेदक)	Any Other Basis/Proof (आय) (आय) (आय)
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. (क्रम) (संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (आय) (आय) (आय) (आय) (आय) (आय)
1	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2	Surgery LE Cataract + P.D.C.

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिली है या नहीं से विवरण दें

Sr. No. (क्रम) (संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (आय) (आय) (आय)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED (आय) (आय) (आय)

DECLARATION by APPLICANT: (निवेदन करने वाले को पढ़ें):

- 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 सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में नहीं, इस राशि का अधिक या कमका हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही अधिक ले लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (निवेदन करने वाले को पढ़ें):

- 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/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 is final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) यहाँ सहमत हो चुका करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेमंद" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रस्तुत हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, समारोहों द्वारा इलेक्ट्रॉनिक से कुछ विदेशीय और स्थानीय के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे इसका उपयोग कर सकते हैं इससे पहले कि मैं मेरे इलाके में "कोशिका फाउंडेशन" में जाऊँगी/जाऊँगा।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं देगा। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के लिये अधिकृत और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करने वाले को पढ़ें):

- 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे यहाँ के अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण में प्राप्त न कर सकें।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के प्रकरण पर किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर लेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हो चुका है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अवकाश हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर हमें सहायता हेतु किसी भी रोगी के प्रकरण पर किसी अन्य स्रोत से नहीं ले लेंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा चुका है। मेरी या हमारा प्रकरण ही नहीं सहायता या किसी भी प्रकार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हमारा ही होगा। हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकरण का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हमारा न तो न ही प्रकरण सुरक्षित और न ही हमें कोई भी जिम्मेदारी होगी एवं हमारा ही होगा और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

(Name, Designation, Address, Contact No. of Authorised Signatory)

**OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL**

(A Unit of Shraddha Eye Care Trust)

Bangalore-52

नामो हस्ताक्षर 2

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2