

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

B/0126/3242

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

22/1/26

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Rangamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

W/o Thimmamma

PARENTS RESIDENCE ADDRESS :
वर्तमान आवासीय पता

Salapalye Tiptur (H) Tumkur (H)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION :
व्यवसाय

Home makes

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. :
आय का पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर एसेस है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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 से संबंध
1	Thimmamma	70	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्ने पत्रे विनोदी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - PE - cataract IC - cataract
2	Surgery - IC - cataract + p.sch

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

Koshika foundation

Building block of life

PHOTO

PHOTO

PHOTO

PHOTO

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी राशि मिले, इसका उपयोग केवल मेरे प्रारूप में उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ कि इस राशि का अंशिक या सम्पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो लिया जा सके और न ही भविष्य में ली जा सके।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) सहमत होकर स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, जिनके "उद्देश्य" हेतु सहायता प्राप्त की जा रही है, और इन विवरणों का उपयोग किसी भी माध्यम, जिसमें मुख्तार, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, के माध्यम से कोशिका फाउन्डेशन और/या इसके गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के अंतर्गत हैं, मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं देता। इस मामले में, "कोशिका फाउन्डेशन" ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की 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.

इससे अधिकृत, हमारा अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने वाले मामले या रोगी के लिए, यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए दूसरे स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा रोगी के लिए चलाया जाने वाला उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और जारी करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL****(A unit of Shradha Eye Care Trust)****Vasanthanagar, Bangalore-52**Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/1/20

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आमो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमो हस्ताक्षर 2