

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

 APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0126/3249

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 27/1/20

 NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Shivanra

AGE-YEARS आयु-वर्ष 75

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्तुका का नाम s/o Dhanra

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Cardichatti Tipta (+)

Tumkur (D) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

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

PAN No. : स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 सम्बन्ध
1	Lakshmidharan	61	F	Hgt

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - Rt - Cataract Lt - Cataract
2	Surgery - Rt - Cataract + P.I.D.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी आवेदन निम्न को वास करती है।
- 2) मैं इस को सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वास करती हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बता दिया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु अब प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस घोषणा का अर्थिक वास करती हूँ किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से वास नहीं कर रहा हूँ और वास ही घोषणा में किया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 fulfilment 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपरी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्पु न्यायोपरी, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यायोपरी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे नहीं मालूम। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्पु उसके न्यायोपरी का निर्णय अंतिम और वासकरणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक को 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 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/उपरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य वास करती हैं।

- 1) यह कि वास घोषणा और वास घोषणा में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था वा किसी अन्य स्रोत से उक्त घोषणा/उपरी में लगे वास से नहीं है, किसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पद हेतु कि है। और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/उपरी हेतु वस्तु नहीं किया जाता है जो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था वा किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में सत्य कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता उक्त घोषणा/उपरी हेतु किसी भी सहायता संस्था वा किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं अस्पताल को वित्तीय सहायता की है। घोषणा वा हस्ताक्षर द्वारा ही मैं सहायता वा किसे मैं उपचार/उपरी का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को घोषणा का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई सहायता नहीं है। हमारे हस्ताक्षर में घोषणा के इलाज सुझाव और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी लेने एवं हस्ताक्षर को घोषणा और "कोशिका" को कोई मुक्ति वा जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr LAKSHMIPATHI N

Senior Manager
OUTREACH BANGALORE

(Name of the Authorised Signatory)

(A unit of Shradha Eye Care Trust)

Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायोपरी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायोपरी हस्ताक्षर 2