

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0126/3250

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

22/1/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chandrabhal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Sh. Shankarappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवासीय पता

Kotamangalakudi

Diptin (T)

Kumbhar (D) Kothakudi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता



pre op - post op
3250 - Chandrabhal

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाली छोड़ें

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

या आप आय कर दाता हैं (जो वाक्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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	Shanthame	57	F	Wife

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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - cataract 1E - cataract
2	Surgery - RE cataract - post op.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा 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 प्रकार में मिले गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी सहायता केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण होने के लिये दिया जाएगा, जो इस प्रकार में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में भी, इस रकम का अधिक या समान हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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-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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग हों, इसे "कोशिका" द्वारा नियोक्ता, दान, वाचनालय, दूरदर्शन से लुई गीत/विज्ञापन और वितरित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरा इस प्रकार की सहायता के प्रदान के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोचित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अर्जन के लिये प्रयोग किया जा सकता है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोचित के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये की जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमारे यहाँ से उक्त रोगी/रोगी के लिये अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल अंतिम रूप से उक्त रोगी/रोगी के लिये सहायता प्रदान करेगा या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत होने की तारीख से किने गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और जारी करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति की तिथि, 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

22/11/26

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

डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद, न. रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

नामों द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों द्वारा