

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

13/0126/3260

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

32/1/26

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Naganayaka

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

S/o Banarajaka

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Brambari

Chandigarh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



px op-put ap

3260-Naganayaka

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम 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	Narjama	54	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किन्ती आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - Rt. Cataract IL Cataract
2	Diagnosis - Rt. Cataract + p.c.d.

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 लेई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा या)

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिझक एवं कथन असत्य पाया जाये तो मेरी सहायता प्रपत्र को वापस ली जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्तपणे "कोशिका फाउन्डेशन", से जो पैसे ली हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं या मेरा कोई भी रिश्तेदार इस उद्देश्य को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत हो, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" संघ, न्यासी, डॉ. प्रकाशचंद्र हुले, डॉ. राजेश्वरी और डॉ. शशिदेवी के लिये किसी भी प्रसारण माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रपत्र का निराकरण को प्रपत्र को खोलने या बंद करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस प्रपत्र पर "कोशिका" संघ, न्यासी, डॉ. प्रकाशचंद्र हुले और डॉ. शशिदेवी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली 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 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.

हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्त करने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्पष्ट या स्वीकार करते हैं:

1) वह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिये या के लिये है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तित इस रोगी के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित किसी भी अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाये कि जो अस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी भी रोगी/रोगी के लिये किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से कोई लेन-देन नहीं करेगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता प्रदान की जायेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना किसी उपचार/प्रक्रिया का प्रस्ताव लेने एवं हस्पताल के बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षित और अपने अपने को छोड़ कर किसी भी रोगी एवं हस्पताल को छोड़ कर "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस प्रपत्र पर नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Signature

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

22/11/24

Dr. PREETHI B.K.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर, र

Mr. LAKSHMIPATHIN
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature