

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0126/3264			APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 22/1/20	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Subbamma			AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 70	SEX लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम: No Rite Sign Nature				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: Berambhat, Chelapur, Chelavagrogg				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: [Signature]				
OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थायी करदाता पहचान संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मानें हो उस पर सही का निशान लगाएं।)				
Yes / No 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 से संबंध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किन्हीं का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis - RE - Immature Cataract			
2	RE - Preset			
3	Surgeon - RE - cataract + preset			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

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 पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये 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 पर सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किए जायेंगे, जो इस प्रश्न में करा गया है।

(3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, उस राशि का अधिक या समकित विवरण किसी अन्य कोटिफाइड/अन्य कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

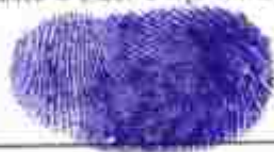
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pull-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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 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 this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का अपने उत्तरदाता या जेष्ठ की सार सत्यता, मैं (अर्पक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में अधिष्ठित है, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्राचार, दान, वाचनालय द्वारा, अद्वैत में जुड़ी व्यक्तिगत और उल्लेखों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है; जो प्रश्न का विवरण जो इसका कथन या बात में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नामी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अर्थों में अधिष्ठित है मुझे प्राप्त; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके व्यक्तिगत रूप निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक से इच्छा या भरी का स्थिति



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.

इसके अतिरिक्त, हमारी ओर से समझौते/री को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न उद्देश्य के साथ चलाकर करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रोगी/रोगी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/विचरित उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विचरित वित्तीय सहायता हेतु चयन को किया जाता है तो आवश्यक किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा उद्देश्य वरर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने हेतु सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमारा द्वारा दी गई चिकित्सा या किसी रूप में उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारा हमारा में रोगी के प्रभाव द्वारा और अन्य को भी किसी/किसी रोगी एवं हमारा को रोगी और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या विचारित इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 22/12	DR. ANKUSH D. R. M.B.B.S., D.O., F.I.C.C., F.P.C.S. Specialist Cataract and Pediatric Ophthalmology Name of Dr. & Rego. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. और स्टैम्प	Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager OUTREACH BANGALORE (Name of the authorized person who used Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Shraddha Eye and Ear Trust)
---	--	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2