

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0424/10001		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 5/4/24		 			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Appaji Gowda		AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 74				SEX लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम: S/o Krishna Gowda							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: Nabbeghatta at post Tornekere taluk.							
Tombur Karnataka							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: LI							
OCCUPATION: व्यवसाय: unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): 0001		pre-op 0001 post-op Appaji Gowda			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: unemployed		(Attach Proof of Income) (आय का सक्षय संलग्न)					
PAN No. स्थायी खाता संख्या: unemployed							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर एसेस है (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No							
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member प्रतिष्ठित के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
1	Sawithamma	58 y	F	Mother			
2	Umesh	34 y	M	Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियमित आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)			
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियमों 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						
Surgery: RT cat + LT cat							
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 AVAILABLE सी गई सहायता राशी				
1	DBCS		2000/-				

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य सहाय्य पाया जाता है जो मेरी सहाय्य निरास को का सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहाय्य प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ले रहा हूँ, उसका उपयोग उम्मीदवश को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विधि सहाय्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/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 it's Trustees to use/publish/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्पन, पत्रिका, दूर, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से मुझे व्यक्तिगत और सार्वजनिक के लिये किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के तहत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहाय्य का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दम्पन उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से घोषणा/लेख को "कोशिका फाउन्डेशन" से विधि सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विधि सहाय्य किसी और सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेगी या ले रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य विधि अधिक/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेगी सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेगी सहाय्य का निर्णय उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

5/11/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant, Plastic & Reconstructive
Surgery

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2