

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: B/0423/0012 APPLICATION DATE: 04/04/2023

NAME of APPLICANT: Palaniyamma AGE-YEARS: 70 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Doraiswamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: #69/71 3rd cross Doraiswamy Nagar Bangalore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

OCCUPATION: Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME: — (Attach Proof of Income)

PAN No. — (Attach Copy)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS: 1) Dhanashekar D 38 M Son 2) Shivaraj D 31 M Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): BPL Card, EWS Certificate, Ration Card, Any Other Basis/Proof

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: 1) Diagnosis 2) Surgery

Medical Reports/Prescriptions Attached: 1) BE catract 2) BE catract + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: 1) DBCS 2000/-

APPLICANT'S SIGNATURE: [Signature]

WITNESSES: [Signatures]

DATE: 04/04/2023

PLACE: [Location]

POSTAL CODE: [Code]

MOBILE NO: [Number]

EMAIL ID: [Email]

PHOTO: [Photo]

PREVIOUS ASSISTANCE: [Details]

REMARKS: [Remarks]

APPROVAL: [Signature]

DATE: [Date]

PLACE: [Location]

POSTAL CODE: [Code]

MOBILE NO: [Number]

EMAIL ID: [Email]

PHOTO: [Photo]

PREVIOUS ASSISTANCE: [Details]

REMARKS: [Remarks]

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 being requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अज्ञात पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यक्ष में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस राशि का भुगतान या समतुल्य निम्न लिखे अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण यदि इसका कोई पहलू या कारण है तो मैं इसे "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उपलब्ध गतिविधियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्ताक्षर 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, in 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्तावित/पेश की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से पहले या बाद में, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित नहीं की जाती/प्राप्त नहीं होती, तो हमस्पताल किसी अन्य और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होगी किसी और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगी/प्राप्त होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार को सही ढंग से करने के उद्देश्य/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 को इलाज प्राप्त और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

04/04/2023

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Consultant in Refractive

Mr. Lakshmi Prathi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
Institute for Diabetes & Eye Care
(A Unit of Shreechakra Eye Care Trust.)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

Address: Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

SIGNATURE OF TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE OF TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2