

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)					
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)					
APPLICATION No.: B/0423/0065		APPLICATION DATE: 07/04/23					
NAME of APPLICANT: Jayamma		AGE-YEARS: 70					
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: W/o Late Bore gauda		SEX: F					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Tumkur, Karnataka							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above							
OCCUPATION: Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: -		(Attach Proof of Income)					
PAN No. (आपका खाता संख्या)							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):							
Yes / No							
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1	Shivalinge gauda	67	M	Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		उपभोक्ता कार्ड		अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:							
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या		अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
1		Diagnosis: LF - cataract					
2		Surgery: LF - cataract + PwL					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?							
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या		अन्य स्रोत का नाम				लिया गया सहायता राशि	
1							

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें,

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता का अधिकार या समतल किसी किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी न्यायोपरी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायोपरी, पत्र, पात्रावस्था द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण गैर इच्छा के बिना या बाद में करने को लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोपरी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवं इसकी न्यायोपरी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निम्न

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की और से याचक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/निर्भरता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/समतल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेया/लेयी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो गई सहायता केवल वित्तीय उद्देश्य की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का विवेक एवं 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 इलाज सुरक्षित और अपने जाने को सही निर्णय/रोगी एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई धुमका या विम्वेदायी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07/10/23	<i>Dr. Lakshmi Dorennavar</i> MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant - Plastic & Reconstructive KMC No. 55244	<i>Mr. Lakshmi N</i> Manager Outreach Institute for Deafness & Eye Care (A unit of Sri Shuddha Eye Care Trust) B-3/40, Bhairamnagar Road, Malviya Park Badli Area नवीनारिक उपचार इकाई
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपरी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपरी हस्ताक्षर 2	