APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika Foundation



APPLICATION No. आवेदन संख्या : N/0422/0083

APPLICATION DATE आवेदन तिथी : 12/04/22

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : Shivamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60

SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम : W/o Doddasiddaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता :
Gundlupet Tq Kebbepura hundipura
Chamarajanagar Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता :
Same as above

Hb.Op PostOp
0083-Shivamma

OCCUPATION व्यवसाय : Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : ~ 27000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाये। 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 सम्बंध
1	Dodda Siddaiah	77	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		✓	✓

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
1	Diagnosis	RE - cataract LE - cataract
2	surgery	LE-cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा :

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, directly or indirectly, 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 फ़ॉर्म में दिये गए सभी विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सत्य हैं। कोई भी मिथ्या कथन मेरे आवेदन एवं चालू सहायता (यदि कोई है) को रद्द/निरस्त करने का कारण बन सकता है।
2) मैं एतद द्वारा यह पुष्टि करता हूँ कि यदि कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त सहायता का उपयोग केवल उसी "प्रयोजन" के लिए किया जाएगा, जिसके लिए इस प्रपत्र में कहा गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र भरा गया है, उस राशि के लिए किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो 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-upload/advertise 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, etc. for undertaking awareness for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, photo, details or details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) एतद द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में पहचान है, उस "प्रयोजन" का, जिसके लिए सहायता का अनुरोध किया गया है/दी गई है, उसके पहले या उसके बाद मौखिक, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक आदि सहित किसी भी प्रकार माध्यम से कोशिका फाउन्डेशन के लिए जागरूकता हेतु और/या उसके गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में सूचना प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यदि इसका यह उपयोग मेरे उपचार से पहले या बाद में किया जाता है या "प्रयोजन" के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जाता है, जिसके लिए सहायता का अनुरोध किया जा रहा है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, फोटो, विवरण या "प्रयोजन" के विवरण, जिसके लिए सहायता का अनुरोध किया गया है/दी गई है, का इस प्रकार का उपयोग मुझे सहायता पाने या उसे जारी रखने का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक के हस्ताक्षर या बाँये का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory on recommending the 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 or accept 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 one Rupee of 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, हस्ताक्षरी की ओर से आवेदक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाने पर, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हमने कोशिका फाउन्डेशन से मांगे जा रहे इसी रोगी/मामले के लिए किसी अन्य स्रोत से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन इस रोगी के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता दिये जाने/स्वीकृत होने की सीमा तक किसी अन्य स्रोत/संस्था से इस रोगी के लिए कोई सहायता नहीं लेंगे। हम यह भी स्पष्ट करते हैं कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता दिये जाने/स्वीकृत होने के बाद भी हमारा यह विश्वास बना रहता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष, उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी अन्य संस्था या किसी अन्य स्रोत से यही सहायता
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। इस रोगी/मामले में किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार से प्रभावित नहीं होता है। इसलिये अस्पताल ही रोगी के इलाज, सुरक्षा और अच्छे खासे की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।

DOCUMENTED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए दस्तावेज़

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shraddha Eye Care Trust) KMC Reg No - 81123	Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach (Name & Designation of Authorised Signatory Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shraddha Eye Care Trust) # 16/M, Thimmaiah Road, Near Tank Bed Area (अधिकृत हस्ताक्षरी का नाम एवं पदनाम)
12/04/22		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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