

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 810423/0149
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 12/4/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Govinde Gowda
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 67
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: s/o Madure Gowda
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Anami xlagamangala Hamdya
Karnataka
वर्तमान आवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above
स्थायी आवास पता



Preop Postop
0149 Govinde Gowda

OCCUPATION: Coolie
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 25,000/-
कुल वार्षिक आय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का सक्षय संलग्न करें)

PAN No. यहाँ खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं):

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 सम्बन्ध

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

BPL Card
(Attach Card Copy)
राश्वरी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प 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 किसे गये किसी 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 + PCOL

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने अथवा दावा करने के लिए गलत साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को स्थापना करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार की रकम के प्रतिपूर्ति, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं 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/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, उसे "कोशिका" एवम् अन्य मीडिया, दूरदर्शन, समाचार पत्र, दूरदर्शन से जुड़ी पत्रिकाएँ और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का निशान देकर इस बात की पुष्टि या दावा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोपक्ष अधिकृत हैं।

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं उनके द्वारा सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जाएगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

हमारा, अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारणीय की जाती है, किसे 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 सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में सके या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारणीय/विचारणीय उक्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अंशिक/पूर्ण रूप से नहीं दी जाती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरम उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल की चर्चा का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी की इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/4/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant
RMC No. 2244

Mr. Lakshmi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Patient Care
(A Unit of Shree Koshika Foundation Trusts.)
10/34, Thimmesh Road, Miller Turk Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायोपक्ष 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायोपक्ष 2