

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life



Pre-op 0199 Post-op Dadda Madamma

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B/0523/0199

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/05/2023

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

DODDAMADAMMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65 yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

W/o MANTAIHAH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No. 252, S.C. Colony, Boppgaudanapura

Malavalli Taluk, Mandya Dist., Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home-Makes

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

15,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सत्य प्रमाण)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी 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
①	Modesha	41 yrs	M	Son
②	Baby	35 yrs	F	Daughters-In-Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये बिना आधार

<p>BPL Card <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>(Attach Card Copy)</p> <p>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र</p> <p>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>EWS Certificate <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>(Attach Certificate Copy)</p> <p>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र</p> <p>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>(Attach Copy)</p> <p>उपभोक्ता कार्ड</p> <p>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Any Other Basis/Proof <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>अन्य कोई प्रमाण</p>
--	--	--	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये बिना 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 RE- Cataract + PERO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण सच कथन असत्य पाया जाता है या सही साबित नियात की जा सकती है, तो मैं इसकी स्वीकारता के लिए उत्तरदायी हूँ।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने इस प्रश्न में सहायता माँगी है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में या भविष्य में कभी भी, अपने व्यय का पूरा या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न मिले और न ही भविष्य में मिले।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

- 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/print/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, प्रायश्चित्त करने के उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रश्न का विवरण में उल्लिखित करने के लिए या कराने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीयों को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से उल्लिखित हैं उसे प्रसारित करने का अधिकार नहीं बदलता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

- 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यतापूर्ण को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या तो नहीं है, यदि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/वित्तीय सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/वित्तीय सहायता हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा कर्तव्य है कि हम सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता/वित्तीय सहायता की जाती है, तो भी यह हमारा कर्तव्य है कि हमने अपने उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हमारा कर्तव्य का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमारा कर्तव्य है कि हम उपचार सुझाव और अपने कर्तव्य को सही निर्णय लेते एवं हमारा कर्तव्य को सही और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

अपरेशन की तारीख

19/05/2023

Dr. Lakshmi N
MBBS, MS, FFR, etc.
Consultant, Urology & Reproductive
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का सचिव/हस्ताक्षर/संज्ञा

Mr. Lakshmi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute (on Behalf of Hospital) Care
(A Unit of Hospital - Govt. College Hospital))
हॉस्पिटल का सचिव/हस्ताक्षर/संज्ञा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासीय हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासीय हस्ताक्षर 2

[Signature]