

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन धारक

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: आवेदन संख्या: **B/0623/0204**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **12/05/2023**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **JAYAMALA**

AGE-YEARS आयु वर्ष: **50 yrs** SEX लिंग: **F**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: **H.No. 383, Ontetekkaku Street, B.G.Pusa Hobali,**

Hosahalli, Malavalli Taluk, Mandya District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: **Karnataka**

- Same as above -



Pre-op 0204 Jayamala Post-op Jayamala

OCCUPATION: व्यवसाय: **Home Maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **20,000/-**

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. आय का पहलू संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस या सही का चिह्न लगाएं): Yes / No हाँ / 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 संबंध
1.	Lingalajappa	54 yrs	M	Husband
2.	Siddesh N.	15 yrs	M	Son
3.	Shiva Kumar N.	12 yrs	M	Son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या विवृति 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 + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली 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 प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो सारी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता, जो इस प्रकरण के लिए मांगी गई है, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जा सकती है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से पहले या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो नुकसान ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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) (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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सकों द्वारा उद्देश्य से दूरी चिकित्सा और उपचार/प्रक्रिया के लिए किसी भी मीडिया माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रकरण का निष्पत्ति से पहले या बाद में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो नुकसान ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रस्तुत है, उसे प्रकाशित करने के लिए "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर और चिकित्सकों को अधिकृत करता हूँ। इस प्रकरण में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर और चिकित्सकों 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 कथन)

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:


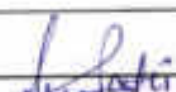
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from any other 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकृति से प्रदान व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/वित्तीय उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता वित्तीय प्रकृति से प्रदान करने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या निर्णय प्रदान/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने अपने को सारी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविगत या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/05/2023	 Dr. Laxmi Dorenavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr. & Rego. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Mr. Lakshmi Pathi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Institution behalf of Hosp. Eye Care (आवेदक के हस्ताक्षर/अधिकृत/अधिकृत/अधिकृत) Mr. Tank Bad Area
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2
