

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0523/0205** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **19/05/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **GowRAMMA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **60 yrs** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: **w/o Shiranna**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान अवासस्थान पता: **B.G.Pura Hobali, Hosahalli, Malavalli Taluk**
Mandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी अवासस्थान पता: **- Same as above -**



Pre-op 0205 Post-op Gowramma

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home-Makes** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **16,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का सत्य संलग्न)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या: **ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):** Yes / No No

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

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

"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 - PCIOL 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 स्रोत से लिया गया है?		
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 करें):

- 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.
 - 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.
 - 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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मुझे मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish 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.
 - 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 का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, धारण/प्रकाशित करने के लिए उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरा प्रश्न का निराकरण से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं, मुझे सहायता का इंतजार नहीं कराता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

- 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:
- 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.
 - 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.
- हस्ताक्षर/अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से कार्यकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी में लेनी या लेनी है, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तीय सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधिगत/प्रक्रियागत हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर द्वारा उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से नहीं लेना/लेनी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता हमें वित्तीय प्रकृति की है, रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर की चर्चा का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर रोगी के इच्छा अनुसार और अपने कर्तव्य को ध्यान में रखते हुए सहायता की हामी और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

19/05/2023

Dr. Laxmi Dorena
 MBBS, MS, FPRS, FICO
 Consultant - Phaco & Refractive
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 कक्षा की तारीख व हस्ताक्षर के लिए

Mr. Lakshmi Pathi N
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
 Institute for Deafblind & Eye Care
 (A unit of Koshika Foundation), Jaitpur Tank Road Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामों हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामों हस्ताक्षर 2

[Signature]