

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0523/0206** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **19/05/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **NINGAMMA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **65 yrs** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **W/O KALE Gowda**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
Hokkasahalli, B.G. Pura Hobali, Belakawadi,
Malavalli Taluk, Mandya District,
Kannataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:
- Same as above -



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **20,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / PAN संख्या: **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का प्रयोग करें): 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 सम्बन्ध
1.	Masichikkamma	80 yrs	F	Mother

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश का 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 type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे किसे किसकी 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 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: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:-

- 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 दिए गए 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 यहाँ जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहा हूँ, इसका उपयोग उम्मीद के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/pu-l-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 fulfilment 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एकत्रित करने, प्रकाशित/प्रसारित करने, दूरदर्शन में प्रसारित करने और अन्य माध्यमों से लिखित/बिना लिखित किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रचारित है उसे स्वतंत्र, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकत्रित करने/प्रकाशित करने का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के 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 it 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.

इससे अधिकृत, हमारे यहाँ की ओर से अनुमोदित हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरस्त प्रस्ताव से मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों से लेनी या ले ली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिना लिखित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित नहीं/असफल हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो हमसलन किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस वृत्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसलन द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हमसलन द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसलन के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसलन में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमसलन की होगी और "कोशिका" की कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए, संसुति

Date of Surgery आवेशन की तारीख 19/05/2023	 Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल के लिए न.	 Mr. Lakshmi Pathi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे यहाँ के सहायता के लिए अधिकृत अधिकारी Tank Bed Area
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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