

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building back of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0523/0208

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/05/2023

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

JAYAMMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70 yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कनूष का नाम

w/o Marisiddaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No.184, Ambedkar Colony, B.G. Pura Hobali

Honaganahalli, Malavalli Taluk, Mandya District
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -



Pre-op 0208 - Post-op Jayamma

OCCUPATION

व्यवसाय

Home-Makes

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

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 सही का विकल्प 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.	Marisiddaiah	75 yrs	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे क्या किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - PCTOL
2.	Surgery RE - Cataract + PCTOL

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 लेई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रबंधन को नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या संकलन विभिन्न अन्य प्राप्ति/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कर्ता)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को घोषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् भ्रातृवर्ग, दूर, यात्रा/चिकित्सा हेतु उद्देश्य में जुटो/विनिर्दिष्ट और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरा प्रकरण का निवारण मेरी इच्छा के बिना या कार्य में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व भ्रातृवर्ग अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित है पूर्ण स्वतंत्र, सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और कार्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्ता)

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:

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मान्य/एंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) बिना प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार/संकलन हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम घोषित कर सकते हैं कि हमस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य कथन में नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संकलन/विनिर्दिष्ट प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने जाने को सही दिग्दर्शनी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपरेशन का तिथि</p> <p>19/05/2023</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorenavar</i> MBBS, MS, FFRS, FICO Consultant, Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पिन नं.</p>	<p><i>Lakshmi</i> Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute for Cornea & Eye Care (A Unit of Shri Ram Eye Hospital, Trus.) #10/10, Malash Road, Miller Tank, Badli, Delhi</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 2</p>
	