

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0523/0227

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

23/05/2023

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

KANTHAMMA

AGE-YEARS आयु वर्ष

60 yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

O/o Nagaraju.T.S

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Beesavandra, Tiptur Taluk,

Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

Pre-op
0227
Post-op
KANTHAMMA

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. सवाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गहरी का चिह्न 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.	T.N. Shashidhar	25 yrs	M	Son
2.	Harithananda Ram	15 yrs	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एलपीसी कार्ड का नौबत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएस सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विच्छेद का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये 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: 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 गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार-सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रिजल्ट को खारिज कर दिया जा सकता है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता को प्राप्त करने के बाद मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिये जाऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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.
 - 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 प्रकार का अपने-इलाका या जगह को प्राप्त सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सख्ती को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके पक्षियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम्-नर्सरी, दान, वाचनालय दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाके के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता से उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण सत्य, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम्-उपलब्धियों का निर्माण किया और वाचनालय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को इलाका या जगह का चिह्न



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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इलाका को जोर से सम्बन्धी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिफारिश के साथ ही स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/व्यय हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम पुष्टि में स्पष्ट करता जाता है कि हस्पताल विशेष मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही ही सहायता या जिसे तब उपचार/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 जाने जाने को सही विधेयता रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई चुनना या सिफारिश इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery अपरेशन का तिथि <i>25/05/2023</i>	 Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. एवं र.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Manager, Operation Institute for Diseases & Eye Care (A unit of Koshika Foundation) डॉ. लक्ष्मी देवी, डॉ. अशोक ठाकुर, डॉ. अशोक ठाकुर
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2
--	--