

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Trust of Life

APPLICATION No.
आवेदन संख्या :

B/0523/0239

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

24/05/2023

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

SAROJAMMA

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

70 yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/सहोदर का नाम

w/late Lingaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bolathuru, Maddur Taluk, Mandya District,

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -



Pre-op
0239

Post-op
Sarojamma

OCCUPATION :
व्यवसाय

Home-Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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.	B.L. Ramu	40 yrs	M	Husband
2.	Pavithra.V.P.	35 yrs	F	Daughters-in-law
3.	Nisarga.B.R.	10 yrs	F	Grand Daughters
4.	Preetha.B.R.	7 yrs	F	Grand Daughters

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये चिकित्सी 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 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 कौन सा सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 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.

- 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 महाशय विषय को खारिज कर दिया जा सकता है।
- मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिले हुए धन का उपयोग केवल "उद्देश्य" के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस महाशय हेतु या उसके बाद भी, इस रकम का अंशिक या पूर्णतः विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापक'" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके, पत्र, पत्रिका/या दूसरे माध्यम से दूर की गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाशय के उद्देश्यों में प्रयोग हेतु प्रेषित है, उसे तथा महाशय का इकट्ठा करी सकता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'व्यवस्थापक' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप

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

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय महाशय हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय महाशय किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महाशय किसी अंशिक/पूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें संभव किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्थान से महाशय लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें संभव हीन पर उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का अर्थव्यय केवल वित्तिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही वह अर्थव्यय का निर्णय एवं 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 को इलाज सुझा और जतन करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी उक्त मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

24/05/2023

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant, Ophtho & Refractive
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम के हस्ताक्षर के लिए न.

Mr. Lakshmi pathi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Deaf & Blind Care
(A Unit of Koshika Foundation Trusts.)
10M, Thimmeswar Road, Miller Tank Bed Area
अधिकृत हस्ताक्षर हेतु

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(नामों हस्ताक्षर 1)

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
(नामों हस्ताक्षर 2)

[Signature]