

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **8/0523/0244** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **24/05/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **PUTTATAYAMMA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **70 yrs** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **w/o Chikkonu**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
**N. Kodihalli, Niluvarghly, Maddur Taluk,
 Mandya District, Karnataka**

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



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: _____ (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / पैन नंबर: _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप करदाता हैं (जो लागू हो उस पर गहरी का निशान लगाएं): 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 सम्बंध
1				

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु विनती करने के उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
1.	Diagnosis	RE - PCTOL 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 लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशी

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, 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्रमाण प्राप्त होता है तो सही सहायता निरास हो जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए सहायता की पुष्टि के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त करने के लिए, उस सहायता का उपयोग या सहायता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से नहीं किया है और नहीं भी करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन):

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- (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.
- इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यूज, दूर, वाचनादि द्वारा उद्देश्य के जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाके के रहने या बंद न करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है जुदा सहायता का इकाया नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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:
- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षरों की और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उच्च रोगी/रोगियों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रारंभ उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाले सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या निर्णय सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। उपरोक्त हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सही सिफारिश रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>24/05/2023</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम, पता और रजि. नं.</p>	<p><i>Mr. Lakshminathi N</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Institute for Deafness & Eye Care (A Unit of Saradha Eye Care Trust.) जिल्हा रुग्णालय, माला रोड, मीर (बी.बी.सी. रोड)</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

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