

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Heart of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या

8/0523/0248

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/05/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

THIMME Gowda

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66 yrs

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

s/o Gote Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Mullahalli, Koppa Hobali, Maddur Taluk,

Nilvagilu, Mandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -



Pre-op

0248

Post-op

Thimmegowda

OCCUPATION:

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आयदा संख्या

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

आप आय कर 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. | Tayamma | 60 yrs | F | Wife |
| 2. | Ravisha M.J. | 10 yrs | M | Son |
| 3. | Manjula | 27 yrs | F | Daughter-in-law |
| 4. | Kowshik M.R | 7 yrs | M | Grand Son |
| 5. | Druthika M.R | 3 yrs | F | Grand Daughter |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विन्यास आधार

| | | | |
|---|---|---|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग 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 किये गये विन्यास 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 + P.C.I.O.L. |

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 ली गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा घोषणा पर:-

- 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 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।
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में प्राप्त की गई सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रकरण में उल्लेखित है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही उधार लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pul-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 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.
- इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में उल्लेखित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, एन. एन. एन. के माध्यम से दूरदर्शन और टेलिविज़न के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों को अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं वहाँ सहायता का इंतजाम नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

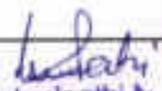


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

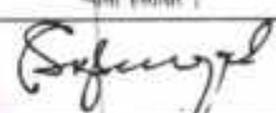
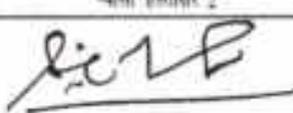
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
 - इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/होगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण में वास्तव में स्वीकार करते हैं।
 - यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वितरित अधिकृत/सफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत के सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से न ही न ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही न ही सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने को जारी रखने/पूरी करने एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

| | | |
|---|--|---|
| Date of Surgery अवसर का तारीख <i>24/05/2023</i> | Dr. Laxmi Dorenavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Name of Dr. & Regn. No. With Stamp  | Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  Institute for Ophthalmic & Eye Care (A Unit of Shree Chaitanya Eye Trust) #46M, Thymalash Road, Amber Tank, Red Area अमरताक इलाका रोड |
|---|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

| | |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1  | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2  |
|--|--|