

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0523/0257**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **24/05/2023**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **CHIKKATHAYAMMA**

AGE-YEARS आयु-वर्ष : **85 yrs**
SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/ससुरा का नाम : **w/o Karigowda**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अवसरोप पता
**Muddanatti Village, Devalapura Hobali,
Nagamangala Taluk, Mandya District, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी अवसरोप पता
- Same as above -

PASTE PHOTO HERE

Pre-op **0257** Post-op **Chikka Thayamma**

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. : PAN संख्या संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : Yes / No 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 संबंध
1.	Karigowda	74 yrs	M	Husband

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

<input checked="" 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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input 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 किसे गये विपत्ती 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 + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से विधि गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करे:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 दृढ़ता से घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उचित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप को भरा है, उस राशि का अधिकतम या समस्त निम्न किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 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/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान करके, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोप, दान, वाचनात्मक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के रहने या जाने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" व न्यायोप अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् न्यायोप न्यायोपों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

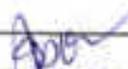


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 की जाये से यम्न/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्करण या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कराने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वितरित नहीं/असकती हेतु, हमें सकारात्मक किसी अन्य स्रोत या सकारात्मक संस्करण या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता हेतु किसी भी सकारात्मक संस्करण या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ले ली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं सकार या निम्न गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <i>24/05/2023</i>	 Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO (Name of Dr. & Rego. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर संख्या RMC No. 96244	 Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर संख्या Institute for Cancer & Eye Care (A Unit of Sri Chitra Eye Hospital)
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोप हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोप हस्ताक्षर 2
