

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 13/0523/0260 APPLICATION DATE : 24/06/2023

NAME of APPLICANT : KEMPAMMA AGE-YEARS : 65 yrs SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : W/o Channaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Hasagavi, Maddur Taluk, Mandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - Same as above -



OCCUPATION : Home-Maker MARRIED () / UNMARRIED ()

TOTAL ANNUAL INCOME : 20,000/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) : Yes / No [Checked]

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	Channaiah	70 yrs	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2.	Surgery RE - Cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अज्ञान पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी सहायता मिलेगी, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता/पैसे/अनुदान के लिए या पूर्ण रूप से नहीं करूँगा।

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 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 या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, पत्र, साक्षात्/क दूरदर्शन में सुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का निशान मेरे प्रकार के कले या करार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में प्रकाशित है सुटी सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य 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 और न्यासीयों की "कोशिका फाउन्डेशन" में विहित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में विहित सहायता किसी और सहायता के अभाव या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विहित सहायता के अभाव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहित अधिकृत/प्रदान हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अभाव में कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद प्राप्त होने की सहायता के अभाव में किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा मेरी सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी के प्रकार सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी मेरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>24/05/2023</p>	<p><i>Dr. Lakshmi Dorenmavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Name of Dr. & Regn. No. with State KARNATAKA 90244</p>	<p><i>Mr. Lakshmi Pathi N</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Institution - on behalf of Hospital (Aunt) नाम व पद हस्पताल अधिकृत/न्यासीय)</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

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