

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0523/0262** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **24/05/2023**

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

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **w/o Narasimhaiah**



Pre-op 0262 Post-op Jayamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Husegalavadi, Koppa Hobali, Maddur Taluk, Mandya District, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **- Same as above -**

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

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

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं): Yes / No No

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.	Narasimhaiah	80 yrs	M	Husband
2.	Venkaatesh	54 yrs	M	Son
3.	Radhamma	50 yrs	F	Wife
4.	Pavan	30 yrs	F	Grand Son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न विवरण का 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: RLE - 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 / लेई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा घोषणा पर):

- 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 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में पूर्ण या आंशिक रूप से इस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन से सहायता नहीं मांगूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक 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/post-up/republish 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासीयों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" दूरदर्शन, एन. टी. वी., पत्र/पत्रिका, दूरदर्शन या सुदूर दूरदर्शियों और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत करें। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी प्रकरण के पूरने या खार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, स्वतंत्र रूप से सहायता का हस्ताक्षर नहीं कर सकते। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन, एन. टी. वी. के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के 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 मेरा नाम/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का संभव है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु प्रस्तावित किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/अलग हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम पुष्टि में स्पष्ट बता देते हैं कि हमें सहायता हेतु प्रस्तावित किया है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई प्रस्ताव या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन का तारीख <i>24/05/2023</i>	Dr. Laxmi Dorenavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पता	Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पता
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2