

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0523/0263

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/05/2023

NAME of APPLICANT :

आवेदन का नाम

SHANTHAMMA

AGE-YEARS आयु वर्ष

70 yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Chikkegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No.306, Kappa Hobali, Maddur Taluk,

Mandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

Pre-op
0263Post-op
Shanthamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home-Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

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 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 आवेदनक के साथ सम्बंध
1.	Girisha	57 yrs	M	Son
2.	Radha	47 yrs	F	Daughter-in-law
3.	Kavana K.G.	28 yrs	F	Grand-Daughter
4.	Punya K.G.	23 yrs	F	Grand-Daughter
5.	Vedhik Gowda K.G.	20 yrs	M	Grand-Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - PCIOL
2.	Surgery RE - Cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही 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 (अवेक द्वा गेवत यः)

- 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 सत्य कथन प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता को प्राप्त करने के लिये मैंने या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न कोई रिफंड है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेक द्वा करत)

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/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.

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 की छाप लगाकर, मैं (अवेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, वाचनादि द्वाय उद्देश्य में मुझे संचारित करने और इनकी जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीयों अधिकृत हैं।

2) मैं (अवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वा करत)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँसे/यहाँसे 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 सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये प्रार्थना की जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित नहीं की जाती, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करने के लिये प्रार्थना करेगा और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे केवल वित्तीय उद्देश्यों के लिये ही प्रयोग किया जाएगा और इसका उपयोग किसी भी अन्य उद्देश्य के लिये नहीं किया जाएगा। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हमें ही हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>24/05/2023</p>	<p><i>Dr. Laxmi Doria</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाज का नंबर व मुहर</p>	<p><i>Mr. Lakshminathi N.</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व इलाज का नंबर व मुहर Institute for ... (A unit of ...)</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>