

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0523/0266** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **24/05/2023**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **MANCHE GOWDA** AGE-YEARS : आयु वर्ष : **60 yrs** SEX : लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्या का नाम : **S/o Manchegowda**

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

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- Same as above -



Pre-op 0266 Post-op Manche Gowda

OCCUPATION : व्यवसाय : **coolie** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **20,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No : / हा / 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. | Jayamma | 58 yrs | F | wife |
| 2. | Girish. H.M | 33 yrs | M | son |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग 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 <input checked="" type="checkbox"/> अन्य कोई साक्ष्य |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गए विपत्तों का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached असमर्थता/दवाखर में 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 लीया गया है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि |
|---------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए 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 सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता अनुभव कर रहा हूँ, इस रसिद का अधिक या सबल विवरण किसी अन्य डॉक्टर/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी में न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने अधिकारों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उन्हें "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, एम्प्लॉयर द्वारा उद्देश्य में पूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण से प्रकरण के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है पूर्ण सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा):

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, हस्ताक्षरों को और से प्रमाण/रसिदों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकाश में मान्यता स्वीकार करते हैं।

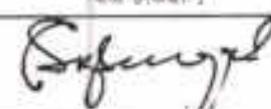
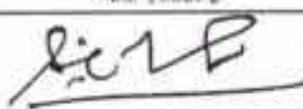
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य न्योन से उसका रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/सबल हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने पर हस्पताल केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नई मलाह या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षा नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुधा और अपने जाने को जारी विधेयता रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुनिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery अपराण की तारीख 24/04/2023</p> | <p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Plastic & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ ही इलाज के चार्ज न.</p> | <p><i>Mr. Lakshmi Pathi N</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute for Deafblind Rehabilitation (A unit of Bharatiya Vidya Bhawan Society.) # 16/34, Thangalash Road, Miller T. ... अनाधिक उपयोग हेतु</p> |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> |
|  |  |