

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0523/0269

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/05/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

RAMANNA

AGE-YEARS

आयु-वर्ष

75 yrs

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/O D.G. HONNAIAH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Athagushtabali, Daddankarahalli, Hebbasalu,

Maddur Taluk, Mandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

OCCUPATION:

व्यवसाय

Un-Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (यहाँ छतत संलग्न)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable).

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य 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 आवेदक के साथ सम्बंध
1.	Savithamma	50 yrs	F	wife
2.	Rajee Gowda	29 yrs	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2.	Surgery LE - Cataract + PCIOL

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 योग्यता पत्र)

- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन अज्ञान पत्र प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - मेरी द्वारा जो सहायता ली "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में धारा किया है।
 - मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु जो धारणा की गई है, उस धारणा का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा करार)

- 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.
 - 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.
- इस प्रकरण पर अपने इम्तयाज का अंश को प्राप्त कराने के लिए, मैं (अर्थक) अपने स्वयंसेवा की छवि प्रदान करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, इसे "कोशिका" समूह द्वारा, पत्र, या अन्य माध्यमों द्वारा इलेक्ट्रॉनिक या मुद्रित माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। परंतु, प्रकरण का निष्पत्ति में प्रत्येक को प्रदान करने का अधिकार "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों को अधिकृत है।
 - मैं (अर्थक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित है कुछ अन्य सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अक्षरवादी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक 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:
- 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.
 - 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 में यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार में सत्य व स्वीकार करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का लक्ष्य है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उच्च को अन्वेषण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस छवि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उच्च कोशिका फाउन्डेशन हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं प्राप्त होगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। सभी या हस्पताल द्वारा ही यह सुनिश्चित या निर्दिष्ट एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीमा का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियों को ही हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपरेसन का तारीख</p> <p>24/05/2023</p>	<p><i>Dr. Lakshmi Dorennavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p><i>Mr. Lakshmi Pathi</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute of Phaco & Refractive Care (A Unit of ...)</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्येष्ठो हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्येष्ठो हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--