

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building back of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0523/0290**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **26/05/2023**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **PUTTA VENKATE GowDA**

AGE-YEARS आयु वर्ष : **83 yrs**
SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम : **S/O Dasegowda**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : **Somedyanahalli, Kasaba Hobali, Kothhanuru Post, Kanakapura Taluk, Ramnagara District, Karnataka**

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



OCCUPATION : व्यवसाय : **Un-Employed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

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

PAN No. (यहां खाली छोड़ें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No Yes / No
यदि आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) हाँ / 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.	Jayamma	78 yrs	F	Wife
2.	Erinivasa Murthi	43 yrs	M	Son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया 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: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी आवेदनपत्र निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया जा रहा है, उस राशि का उचित या लक्ष्य विरुद्ध किसी अन्य प्रायोजक/रोजगारकर्ता/बिमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लिया जाएगा।

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/print-up/produce 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 का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, वाचनादि द्वारा उद्देश्य के जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषय में प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। मेरे प्रारूप का विवरण को प्रसारित करने के लिए या अन्य किसी भी अन्य "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के अधीन है पूर्णतः सत्य, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 को और न्यायीयों को "कोशिका फाउंडेशन" 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 संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विषयों प्राप्त कर सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार/नकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विनिर्दिष्ट मदद प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सही अर्थ में किने गए उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और जारी करने को सही विधि/पैरामीटर रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति:

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>26/05/2023</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorenavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) K.R.C. No. 15002 रजि. नं.</p>	<p><i>Mr. Lakshmi Pathi N</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) Institute for Rehabilitation & Special Care (A Unit of K.R.C. Hospital, Under Tank Bed Area)</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>
	