

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0523/0292** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **26/05/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **MAHADEVAPPA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **68 yrs** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **s/o Madappa**
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **H.No. 144/A, 4th H Block, Banashankar 6th Stage, Cubbalala, Bangalore District, Karnataka**
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **- Same as above -**



OCCUPATION / व्यवसाय: **Coolie** MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **22,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / स्थायी राजस्व पहचान संख्या: **[Blank]**
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
यदि आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / No / हाँ / नहीं 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 सम्बन्ध
1.	Chikkathayamma	30 yrs	F	Mother-in-law
2.	Sujatha	60 yrs	F	wife

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

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

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

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

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 / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सटीक जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी लगातार सहायता को खत्म कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "कॉशिका फाउन्डेशन" से ही ले रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में भी यह प्रबंधन नहीं करूँगा, इस राशि का अतिरिक्त या सहायता के अलावा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से 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 & authorise 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 fulfilment 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगल लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉशिका" द्वारा नामों, पता, चित्रादि द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है कुछ भी सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा उक्त न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगल का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाये या परमिट/रिपोर्ट को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से सत्य व स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त के संबंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया/लेगी।

2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेने गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही वह सहायता का निर्णय लेना/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उलाहना सुरक्षा और अपने काम को जारी रखने/रोगी एवं हस्पताल को छोड़ने और "कॉशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>26/05/2023</i>	 Dr. Lakshmi Dorennavar MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पता न.	 Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	