

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(आरोग्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 13/0524/0331

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 14/5/24

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Krishnappa

AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 80
SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: Sri Chikka Rangappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: Kyamasanudra, Ananallahatti, Kabbalgate, Hobli Tumkur taluk Tumkur district

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता: K.H. Nagar



pre-op postop 0331 Krishnappa

OCCUPATION / व्यवसाय: unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: (Attach Proof of Income)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर का दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / 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 संबंध
1	Devamma	57	F	Wife

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Dated Copy) / गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आधारित प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग 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 विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	Diagnosis :- RE cataract LE cataract Surgery :- LE cat + P.C.O.L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गए है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / प्री गई सहायता राशि
1	DICS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं तथ्य असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना रिजल्ट को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पेश किए हैं।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल किस्सा किसी अन्य प्रोवेंडोर/रोक/बोनस/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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/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.
 - 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 (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवं अन्य न्यासी, दान, वाचनात्मक पुस्तकें इत्यादि से मुझे वित्तीय सहायता के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या खर्च से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटो और विवरण को बिना सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं अन्य न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा स्वीकार)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामित/पेश की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, बिना हम (हस्तक्षर) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त से सहायक के "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना वित्तीय सहायक हेतु मन्सूरी नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायक संगठन या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता अंतिम वित्तीय प्रवृत्ति को है। रोगी पर हस्तक्षर द्वारा ही नई प्रस्ताव या बिना सहायक/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्तक्षर को होती हैं और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख
14/5/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Rhaco & Refractive
KMC No: 90244

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shreechakra Eye Care Trust)
16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank, East Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2