

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B1052410343

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 14/5/24

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Venkatappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम : S10 Lati mud. aginiyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता : Lakkenahalli, P. Eruboli, Tumkur, Karnataka



PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता

pre-op Post-op 0343 Venkatappa

OCCUPATION : व्यवसाय : unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

RAN No. : स्थाई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खी का चिह्न लगाएं) Yes / No 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 संबंध
1	Harasamma	824	F	Wife
2	Krishnamurthy	284	M	Son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE : सहायता हेतु किसे मने निम्नी का उद्देश्य :

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

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 राशी
1	ABCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रकरण में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड किया है और न ही भविष्य में किया।

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/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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इनमें "कोशिका" एम्बुल्स, दवा, वाहन/व्यक्ति द्वारा उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषय में किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के चलते या बाद में कानून से किसी भी प्रकार "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यायीयों को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बुल्स उपलब्धियों का निर्णय न्यायीयों और अधिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली 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:

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.

हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से चालते/लेते जो "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) कभी प्रचार से मदद न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत पर आसानी से उक्त के सम्बंध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तिय सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता लेना/लेना विचार प्रकृत की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई चुफिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi pathi N
Manager-Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shradha Eye Care Trus.)

(Name, Title, Address & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant, Phaco & Refractive

(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पं. नं.

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
14/5/24

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2