

mathi



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: N/0522/0370 APPLICATION DATE: 19/05/22

NAME of APPLICANT: Govindamma AGE-YEARS: 60 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Krishnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Anikasahalli, Malur Taluque Kolar district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above



Pre-Op Post-Op 0370 Govindamma

OCCUPATION: Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 30,000/- (Attach Proof of Income)

PAN No. (स्वास्थ्य खाता संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Table with 5 columns: Sr. No., Name of Family Member, Age (Years), Gender, Relation with Applicant. Includes handwritten entries for family members.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

Table with 4 columns: BPL Card, EWS Certificate, Ration Card, Any Other Basis/Proof. Includes handwritten checkmarks.

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

Table with 3 columns: Sr. No., Medical Reports/Prescriptions Attached, Amount. Includes handwritten entries for diagnosis and surgery.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Table with 3 columns: Sr. No., NAME of OTHER SOURCE, AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED. Includes handwritten entry for DCS with amount 2000/-.

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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 यहाँ पर कृत है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कृत है कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पर्यटन है।
- 3) मैं यहाँ पर कृत है कि मैं सहायता हेतु यह अवधि को नहीं है, उस राशि का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उन्हें "कोशिका" एवम् 'व्यवस्थापकों', द्वारा, वाक्पथ/चित्र/इलेक्ट्रॉनिक या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व 'व्यवस्थापकों' द्वारा अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण रूप से सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् 'व्यवस्थापकों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

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.
- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामल/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सभी सल्लह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इच्छा अनुसार और अपने जाने को सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>19/05/22</p>	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cataract, Glaucoma & Refractive Sur. Institute of Dr. R. Rega, Eye with Stamp A unit of Shree M. Thirumala Hospitals & Health Care Pvt. Ltd. KMC Reg No: 81123</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shree M. Thirumala Hospitals & Health Care Pvt. Ltd.) # 16/M, Thirumala Hospitals & Health Care Pvt. Ltd. - 78</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
--	--