

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0522/0377 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 19/05/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Balamma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 70 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : w/o Nanjappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Thimmasi malur talukur Kolar District
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Same as above



Pre-Op Post-Op.
0377 - Balamma

OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

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

PAN No. : स्थाई खाता संख्या

RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
या आय आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे): Yes / No हाँ / नहीं /

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	<u>Shivashankar</u>	<u>33</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) पीपीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूएस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

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

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

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 ले गई सहायता राशि
1	<u>OBCS</u>	<u>2000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रेषण पर:

- 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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असाध्य सच्यता वाला है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उम्मीद की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा रखा है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु या उपचार को मैंने नहीं है, उस मदद का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटो और जो विवरण इस प्रकार में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉ. बाबन/डॉ. दुभा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण में इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व 'व्यक्ति' अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे 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 संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं सहायता लेंगे।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किसे गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/05/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Eye Care Trust)
KMC Reg No - 81123

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care
on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Eye Care Trust)
1531 Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
व्यक्ति हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
व्यक्ति हस्ताक्षर 2