

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0403 APPLICATION DATE : 1/09/22

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

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Puttanapura, Hangala Hobli, Gundlupete Taluku, Chamarajanagara District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above



Postop postop
 0403 Jayamma

OCCUPATION : Home maker MARRIED (विविध) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 22,000/- (Attach Proof of Income)

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

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Nagamallappa	73	M	Husband
2	Kumara	44	M	Son
3	Prasad	38	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other Basis/Proof

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis RE Cataract
2	Diagnosis LE Cataract
2	Surgery RE Cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1	D BCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में भी, अपने उद्देश्य के लिए, अपने अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी, के लिए किसी भी प्रकार की सहायता नहीं लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके निदेशकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के उद्देश्य के लिए उपयोग कर सकते हैं। यह प्रश्न का विवरण मेरी सहायता के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" 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 दिये हैं, उन्हें प्रकाशित, प्रकाशित नहीं कर सकते। इस संबंध में "कोशिका" एकमात्र निर्णायक का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रस्ताव से सत्य व सही बातें बताते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या भविष्य में नहीं करेंगे, बल्कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार से अस्वीकार की जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ यह बात है कि हमें सहायता हेतु प्राप्त करने हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद प्राप्त होगी, वह वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारा प्रभाव ही है सत्य या किसे लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ही है हमें सहायता के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता के लिए ही सहायता प्रस्ताव और अपने अपने को सही सिफारिशें ही हैं हमें सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>1/06/22</p>	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shree Chaitanya Eye Care Trust) 15/54, Thiruvananthapuram, Kerala</p>	<p>Mr. Lakshmi N Manager Outreach (Name of the Authorized Signatory (A Unit of Shree Chaitanya Eye Care Trust) 15/54, Thiruvananthapuram, Kerala)</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2</p>
	