

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No : N/0622/0412
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 1/06/22
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mahadevamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष : 63
SEX लिंग : F

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



Pre op Post op
0412 Mahadevamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Bettahalli, Gundlupete Taluku

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Chamrajnagara District, Karnataka

- Same as above -

OCCUPATION : Home maker
व्यवसाय

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME : 25000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. नयाँ छात्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / 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 से संबंध
1	Siddappa	79	M	Husband
2	Nanjappa	36	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) सही रिकॉर्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किए गए विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE Cataract LF Cataract
2	Surgery RE Cataract + P.I.N

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 हो गई सहायता राशि
1	B.B.S	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात् डॉक्टर द्वारा)

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सच बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्तता से "कॉशिका फाउंडेशन", से सही ज्ञात करती हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बता गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं प्रार्थना कर रही हूँ, उस राशि का अधिकतम या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी में से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् डॉक्टर द्वारा)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्क) अपने सहायता को पूर्ण करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कॉशिका" द्वारा शब्दों, छाप, इलेक्ट्रॉनिक रूपों आदि के माध्यम से लोगों को आमंत्रित करने के लिए उपयोग करेगी और/या इसकी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्क) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से उल्लिखित हैं उन्हें प्रकाशित-सहायता का इलाज नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थात्क के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर डॉक्टर द्वारा)


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, इसलिये की और से सहायता/उपचार को "कॉशिका फाउंडेशन" 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 और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विकल्पित इससे संबंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मरना हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरास अथवा अस्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट बताना है कि अस्पताल वित्तीय सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता/उपचार वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किराने का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और उनके जाने की सारी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होती और "कॉशिका" को कोई भुवि का विस्तार/उपचार इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति



Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 1/06/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent Cornea, Cataract & Refractive Surg. Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Chaitanya Eye Care Trust) KMER, K. N. S. Hospital, 1st Floor, 2	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shree Chaitanya Eye Care Trust) # 16/M, Thimmapada Road, Malviya Park, Badli Area
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
