

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: N/0622/0413 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 1/06/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Doddamma AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 80 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्य का नाम: w/o Chikkegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Kalgouthanaballi, Gundlupete Taluku
Channarayana District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: - Same as above -



Preop Postop
0413 Doddamma

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 20000/- (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / आय का प्रमाण संख्या

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विवरी अध्या

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे लने विवरी का उद्देश्य:

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

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि
<u>1</u>	<u>DBCS</u>	<u>2000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वा कर्ता)

- 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
 - 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
 - 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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग कथा साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस बात को बताना सही "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
 3) मैं पुनः बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु या उपचार को नहीं है, उस लक्ष्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वा कर्ता)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
 - 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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी सहमति को पुनः बताना हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी 'व्यवस्थाएं'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रश्न में बताने हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् 'नर्सरी', दान, आकांक्षाएँ हेतु अर्थात् हेतु में मुझे 'कोशिका' और 'उपचार' के लिये किया भी इस प्रकार प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण को प्रकाशित करने के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं मुझे उदा. सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसकी 'व्यवस्थाएं' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वा कर्ता)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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

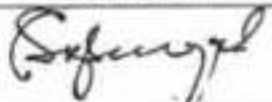
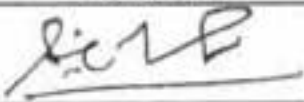
इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिये अन्य स्रोत से उभर लेनी/पाने में लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/पेशी उभार के समर्थ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विरही अतिरिक्त/अलग हेतु पाया नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुनः में स्पष्ट बताना जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उभार लेनी/पाने हेतु किसी भी रोगी/रोगी के लिये अन्य सहायता से नहीं लेनी/पाने।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही गैर प्रत्यक्ष या विरही गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में लेनी के उपचार सुरक्षित और अपने अपने को पूरी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल को हानी और "कोशिका" को कोई भुविगत या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्थक को तारीख 1/06/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shri Chandra Eye Care Trust) KMC Hospital - 81123	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shri Chandra Eye Care Trust) # 15/M, Thimmaiah Road कोशिका फाउंडेशन अर्थक अतिरिक्त
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्थक हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--