

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 2/0622/0414
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 1/06/22
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Gopamma
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 65
 SEX : F

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



Pre op post op
 04/14 Gopamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
 Kandegalla, Bettahalli, Gundlupete Taluku
 Chamargingana District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
 - Same as above -

OCCUPATION : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 25000/-
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
 (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. :
 स्वयं का आय कर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 मैं आय कर दाता हूँ (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No
 हाँ / 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 सम्बन्ध
1	Basaviah	27	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विधि आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) राशिकी रिकार्ड का प्रमाण पत्र (इसमें पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (इसमें पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रूखेपट्टी कार्ड (इसमें पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे लाने विनोद का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिये गए है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी पर सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका 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 the assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाये या गलत माना जाये तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं आगे आगे इस उद्देश्य को पूरा करने के लिए, उस राशि का अधिकतम या समस्त वैशेष किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" को उल्लेखित करने के लिए सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में उल्लेखित है, इसे "कोशिका" फाउंडेशन, द्वारा, संभवतः दूसरे उद्देश्यों से जुड़े विज्ञापनों और उपलब्धियों के लिए किया भी इसका उपयोग में प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। मेरे उद्देश्य का विवरण भी इसका उपयोग करने या नहीं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि आगे आगे उद्देश्यों में उल्लेखित हैं, उनका उपयोग करने के लिए "कोशिका" फाउंडेशन द्वारा उल्लेखित उद्देश्यों का निर्णय लेता है और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के उद्देश्य या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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. 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 उल्लेखित, हॉस्पिटल की ओर से आगे आगे "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिर्फ उद्देश्य से मान्य नहीं मानते।

1) यह कि मैं अभी वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से नहीं ले रहा हूँ, जैसे कि "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी उद्देश्य के अन्तर्गत "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त स्रोत से प्राप्त होती है तो हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल पूर्णतः पार उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हॉस्पिटल द्वारा की गई उपचार का निर्णय रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को उपचार सुचारु और जल्द करने को सही जिम्मेदारी होती है हॉस्पिटल को होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

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 (Name of Dr. & Reg. No. MPT Stamp) KMD Reg. No. 289923	Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach Diabetes & Eye Care (Name of Authorised Signatory (A unit of Shree... Bed Area # 15/A, Thim... ...
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामाई हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामाई हस्ताक्षर 2
	