

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No : N/0622/0415
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 1/06/22
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Suvarnamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 55 SEX F
वर्ष / लिंग

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



Preop postop
0415 Suvarnamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Agathygowdanahalli, Gundlupete Taluka

Channarayana District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 25000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य प्रमाण)

PAN No. XXXXXX

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप का आय कर है (जो लागू 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 के साथ संबंध
①	Daddamallachari	77	M	Husband

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रोजा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Evid Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु लिये गये विवरी 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 + PCIA

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE आप स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि
①	DBES	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक: दाता 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 गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही बताने अथवा सत्य बताने में कोई त्रुटि/घटमांसी मिलती है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ के सहायक सौ "कोशिका फाउंडेशन", से सौ जा रही हूँ, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में था सत्य है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु या उन्ही की नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम से सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी में से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक: दाता 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/post-up/republish 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 बायाँ की उंगली का छाप देना, मैं (अर्थक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बताने हैं, उसे "कोशिका" एवम् "न्यासी, दाता, सहायक" द्वारा उद्देश्य से सूची परियोजनाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरी सहायता के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, उन्हें सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दाता 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, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सत्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जब कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त से सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकतम/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायक संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता हेतु किसी भी सहायक संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से सौ जा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही सही सहायता का निर्णय एवं उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी से इच्छित सहायता और अपने करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होती और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 1/06/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery (Name for Distinction, Not with Stamp) (A unit of Shree Chhatra Eye Care Trust) KMC Reg No - 81123	Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name for Distinction & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Shree Chhatra Eye Care Trust) # 16/A, Thimmaiah Road, KMC Bed Area
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु

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