

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0622/0423 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 1/06/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Rajegowda AGE-YEARS : आयु-वर्ष : 38 SEX : लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुण्य का नाम : Y/o Biregowda



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : Mallahannapura Bheemanabesdu Gundlupada

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : Chamarajangasara District, Karnataka

Same as above

Pre op Post op
0423 Rajegowda

OCCUPATION : व्यवसाय : Coolie

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 25000/-

PAN No. : पैन संख्या संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हा / 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	Roopa	35	F	Wife
②	ABHI	14	M	son

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) पीबी रेखा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये 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	RE	Cataract + PCTA

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 की गई सहायता राशि
①	D.B.C.S	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया):

- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में सत्य एवं सही है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- इस आवेदन या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टीयर्स" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में जोड़ दिए जाएँ, इसके अलावा इसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे आवेदन का विवरण मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं पूर्ण सत्य: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टीयर्स का निर्णय अंतिम और सफलकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:
- 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, इसकाठी की ओर से मान्यतापूर्वी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार/कमाल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हमसलत किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता लेना वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सत्य सत्य या किये गये उपचार/उपचारों का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुचारु और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Narayana Hospital)
KMC Road, New Delhi 110029

Mr. Lakshmi Prasad N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Narayana Hospital)
KMC Road, New Delhi 110029

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
1/06/22

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनर्शक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यसो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यसो हस्ताक्षर 2