

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: N/0622/0433 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 1/06/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Doreeswamy AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 60 SEX / लिंग: M

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



Preop post op
0433 Doreeswamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
Nayakara Street, Gundlupete Taluku
Chamrajnagara District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:
Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: Cooler MARRIED (विविहित) / UNMARRIED (अविविहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 25000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या: _____ ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No हा / नहीं No

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	Uma Uma	48	F	Wife
②	Karthik D	25	M	Son
③	Jamuna	28	F	Daughter

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे कसे किसी 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 / जो यह सहायता रखती
①	D B C S	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक द्वारा घोषणा करें)

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताया गया होता है तो मेरी प्रार्थना विफल हो जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता के लिए या पूर्ण रूप से या आंशिक रूप से सहायता नहीं मांगी है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा स्वीकार)

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 fulfilment 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 की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में उल्लेखित हैं, उनके "उद्देश्य" के लिए नाम, पता, फोटो/छाप/चित्रण/उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को प्रसारित करने के लिए प्रयोग कर सकें। इस प्रकार मेरे नाम और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।

2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता के लिए या पूर्ण रूप से या आंशिक रूप से सहायता नहीं मांगी जा सकती है। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

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.

हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जब तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के अभाव में अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हमें उक्त रोगी/रोगी के लिए सहायता के लिए या पूर्ण रूप से या आंशिक रूप से सहायता नहीं मांगी जा सकती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" केवल वित्तीय सहायता प्रदान करती है। रोगी का इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल के रोगी के इलाज/उपचार और अपने अपने को सही विधि/उपचार देना एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई दायित्व नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 1/06/22	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Baba Eye Care Trust) KMC, Raig No. 81123</p>	<p>Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach (Name, Designation, Address & Full Contact Signatory (A unit of Shree Baba Eye Care Trust) # 16/M, Thiruvallur Road, Miller Junction, Bed Area</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंतर्गत उपयोग हेतु)

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