

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/ 0623/0435** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **08/06/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Gowamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **60 yss** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रिय का नाम: **Thimmappa**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Thammenahalli Peenya, Bangalore Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: **- Same as above -**



pre OP 0435 Gowamma post OP

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home-Makes** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **21,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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.	Thimmappa	70 yss	M	Husband

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशि
1.	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान ग्राहक पर:

- 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 पर बताने का हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप से प्राप्त नहीं होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर बताने का हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उम्मीद की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ पर बताने का हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, पूर्ण या आंशिक, के लिए भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और नहीं लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान ग्राहक)

- 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 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.
 - 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो/चित्र इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण पढ़े इसके बाद पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नामी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं उसे स्वतंत्र, सहायता का इंतजाम नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उम्मीद की गई मदद का निर्णय और अंतिमकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकृत से प्राप्त या स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना चाहते।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा चुका है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह स्पष्ट या किने गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा न तो कोई प्रभाव सुरक्षा और अपने काम को जारी रखने के लिए एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Jan

Lakshmi

Dr. Laxmi Dorennavar
 MBBS, MS, FPRS, FICO
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम और रजि. नं. के साथ 50244

Mr. Lakshmi N
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
 Institute for Deaf & Hearing Impaired Care
 (A unit of Sri Ram Eye Hospital))
 # 1824, Thimposah Road, Miller Tank Bad Area

Date of Surgery
 अंशुन की तिथि
05/06/2023

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2