

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : M/0622/0439 APPLICATION DATE : 3/06/22

NAME of APPLICANT : Gangamma AGE-YEARS 85 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : u/o Siddagowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kanadige, Mavinkere post Dabbehatta

Hobli : Thurivekere talukuru Tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above



PRE OP 0439 post op Gangamma

OCCUPATION : Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/- (Attach Proof of Income)

PAN No. XXXXXX

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No No

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	<u>Hannegowda</u>	<u>41</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
--	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE**

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	<u>Diagnosis RE-Cataract</u> <u>LE-Cataract</u>
2	<u>Surgery RE-Cataract + PCICL</u>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1	<u>DBCS</u>	<u>2,000/-</u>

**DECLARATION by APPLICANT (अर्थक: द्वा. करार)**

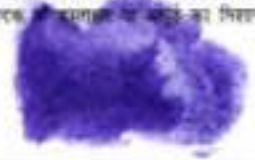
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकरण 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।  
 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।  
 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मदद/पैसे/अथवा अन्य मदद के लिये नहीं आवेगा और न ही अधिकारी हूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक: द्वा. करार)**

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपने सहयोगी को यहाँ पर बताना हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बेडिंग, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक मीडिया के माध्यम से प्रसारित करने के लिये उपयोग कर सकते हैं। इसका उपयोग मेरी उपचार या मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद/अथवा अन्य मदद के लिये किया जा सकता है।  
 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिये दिये गये हैं, सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बेडिंग, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक मीडिया और अन्य माध्यमों का उपयोग कर सकते हैं।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्थक/अर्थक के अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वा. 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:
- 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.
- यहाँ पर अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्य/रोजगार को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से मदद व सहायता करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाय है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से मदद बताना यह है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता/अथवा वित्तीय मदद की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही सही मदद या मदद हेतु उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझा और अपने अपने को सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>3/06/22</p>	<p><b>Dr. Nagesh B N</b> Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract &amp; Refractive Surgery Institute for Diseases &amp; Eye Care (Stamp) (A unit of Sree Siddhanta Eye Care Trust) KMC, Reg. No. - 81123</p>	<p><b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Sree Siddhanta Eye Care Trust) # 15/M, Thimmeswari, East, Madhav Nagar, Bangalore</p>
---	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अर्थात् उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>